

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ANNIE FAFARD

FACTEURS ASSOCIÉS À LA CONTINUITÉ
DU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE :
ÉTUDES DE CAS CLINIQUE

DÉCEMBRE 2006

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Cet essai doctoral est une étude exploratoire visant à déterminer dans quelle mesure le modèle de changement de Prochaska et Diclemente peut être appliqué à la clientèle des jeunes de la rue afin de mieux comprendre la continuité/discontinuité du processus thérapeutique. Pour ce faire, l'auteure effectue d'abord un succinct relevé de la littérature concernant les jeunes de la rue et les organismes leur desservant des services. Le Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS) des Faubourgs et la clientèle rencontrée sont présentés. L'auteure élabore également sur le modèle de changement de Prochaska et Diclemente, modèle qui est ensuite utilisé dans l'analyse et la compréhension des trois études de cas cliniques.

Les facteurs qui peuvent nous aider à comprendre la continuité/discontinuité du processus thérapeutique sont multiples. Pour notre part, et à titre exploratoire, nous avons choisi de jeter un éclairage sur cette problématique en utilisant le modèle de changement de Prochaska et Diclemente. Dans cette recherche action, tout comme la littérature le mentionne, nous constatons que ce modèle n'est pas linéaire. Cela est particulièrement vrai avec les jeunes de la rue qui présentent des dynamiques de personnalité complexes et fragiles, et qui vivent la concomitance de problématiques diversifiées. Cela complique la nature du lien entre le modèle de Prochaska et Diclemente et l'assiduité au suivi. Ainsi, plusieurs facteurs doivent être considérés afin de mieux comprendre l'engagement des jeunes de la rue dans le processus thérapeutique.

Dans cet ordre d'idée, nous avons présenté un ensemble de facteurs tel que l'âge, la scolarité, le milieu d'origine, la consommation de substances psychoactives (SPA), la source de revenu, les relations familiales, le lieu de résidence et l'état de santé mentale. Ces facteurs permettent de mieux comprendre la continuité/discontinuité du processus thérapeutique chez les jeunes de la rue. Toutefois, nous constatons qu'il est difficile de tirer des conclusions mettant en lien chacun des facteurs explorés pris isolément et la continuité du suivi. En effet, vu la complexité des tableaux cliniques de chacun de ces jeunes qui vivent la concomitance de problématiques diversifiées, il est difficile de faire ressortir des généralités pour ces facteurs pris individuellement puisqu'ils sont grandement en interaction les uns avec les autres.

Cette recherche exploratoire pourrait se voir comme une étape préliminaire à une étude plus systématique spécifiant les divers facteurs associés à la motivation des jeunes de la rue à s'engager dans un processus de changement.

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières.....	iv
Remerciements.....	vi
<i>Introduction</i>	1
<i>Chapitre premier : Les jeunes de la rue</i>	5
Les jeunes de la rue : qui sont-ils?	6
Les jeunes de la rue : qui ils ne sont pas?	10
La vie avant la rue : famille et histoire du jeune de la rue	12
Le passage à la rue	13
Des enjeux qui se rejouent	14
<i>Chapitre second : Les jeunes de la rue et les organismes offrant des services</i>	17
Comment se formule la demande de services des jeunes de la rue?	18
Qu'offrent les organismes pour les jeunes de la rue?	23
<i>Leurs besoins, tels que perçus par les chercheurs et les intervenants</i>	23
<i>Les approches utilisées avec les jeunes</i>	25
<i>Les services offerts</i>	27
<i>Les jeunes de la rue et le changement</i>	31
<i>Chapitre troisième : Présentation du CSSS des Faubourgs et des clients rencontrés</i>	36
La clinique des jeunes de la rue du CSSS des Faubourgs.....	37
<i>Les services psychologiques</i>	40
Synthèse des dossiers de l'auteure	41
<i>Chapitre quatrième : Le modèle de changement de Prochaska et Diclemente</i>	46
Le modèle de changement de Prochaska & Diclemente (1995)	47
<i>À quelle clientèle ce modèle a été appliqué?</i>	50
<i>Les processus de changement</i>	51
<i>Les six stades de changements de Prochaska et Diclemente</i>	54
<i>Un modèle en spirale</i>	61
<i>Les stades de changements et la psychothérapie</i>	62
<i>Chapitre cinquième : Études de cas clinique</i>	64
Le cas de Nathalie, rencontrée à trois reprises	67
Le cas de Marie-Pierre, rencontrée à huit reprises	76
Le cas de Steve, rencontré à vingt-cinq reprises	85

<i>Chapitre sixième : Discussion</i>	107
Divers facteurs influençant la continuité du suivi psychologique	108
Comparaison des trois clients étudiés	116
Conclusion	121
Références	124

Remerciements

Dans un premier temps, j'exprime ma gratitude au CSSS des Faubourgs, plus particulièrement à l'équipe des jeunes de la rue qui m'a permis de vivre cette expérience humaine enrichissante d'une année d'internat en psychologie, année au cours de laquelle mon projet d'essai a émergé. Merci à toute l'équipe (Frédéric, André, Guylaine, Julie, Carole, Pamélie, Charlotte, Antoine, Anne et Nancy) qui a partagé avec moi son savoir et m'a amenée à découvrir le monde des jeunes de la rue, en plus de m'offrir son support lors des épreuves. Je remercie évidemment les clients rencontrés qui m'ont accordé leur confiance dans ce bout de chemin partagé qu'est le processus thérapeutique.

Un merci particulier à Frédéric Dautrelepoint qui m'a supervisée et soutenue tout au long de cette expérience d'internat, ainsi que dans mes démarches concernant l'essai doctoral. Je remercie également le comité éthique pour ses critiques, ses réflexions et ses questionnements soulevés qui m'ont amenée à préciser mon projet de recherche. Merci à Lucie Biron pour son soutien moral lors de mes démarches auprès du comité et à tous les autres moments où elle a si bien su m'écouter.

Toute ma reconnaissance est également exprimée à mon directeur d'essai, René Marineau, pour son ouverture d'esprit, son soutien tout au long de ce processus, de même que l'encadrement dont il a su me faire bénéficier.

Finalement, merci à mes parents de m'avoir donné cet espace et ce moment transitoire où j'ai pu rédiger mon essai à la maison tout en bénéficiant de leur précieux support. Me voilà maintenant fin prête à effectuer ce passage de la vie d'étudiante à la vie professionnelle, et cela, c'est en grande partie grâce à vous!

Introduction

Nous sommes dans la province de Québec, plus spécifiquement à Montréal, en 2005. La ville brille de par la diversité qu'elle propose à toutes personnes qui décident de s'y attarder. Une escapade en métro permet à l'observateur d'entendre 4 ou 5 langues différentes dans un même wagon. Des gens de toutes les couleurs et de plusieurs cultures se côtoient. Dans un quartier se retrouvent des maisons luxueuses avec vue sur le fleuve, alors que dans un quartier avoisinant, de petits appartements insalubres abritent des gens que la vie a moins choyés. Au centre-ville peuvent circuler sur une même rue des hommes d'affaire en veston-cravate, des étudiants affairés, des *punks* qui font du *squeege*, des gens qui magasinent, bref, une simple marche sur la rue Sainte-Catherine permet au promeneur de découvrir de multiples réalités qui se côtoient.

L'auteure du présent essai a pu découvrir une des populations que l'on retrouve dans le centre-ville, soit celle des jeunes de la rue, alors qu'elle effectuait son internat en psychologie au Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS) des Faubourgs, à la clinique offrant des services à cette clientèle. Combien d'apprentissages stimulants y ont été faits et combien de questionnements ont surgi! C'est sur la base d'un de ces questionnements que l'auteure a débuté son travail de recherche. En fait, le sujet de cet essai clinique a émergé une semaine où l'interne en psychologie avait 12 rencontres de planifiées avec différents jeunes et que seulement 3 se sont présentés au rendez-vous. Elle s'est alors questionnée sur les facteurs expliquant l'assiduité au processus thérapeutique; d'autant plus qu'il s'agit d'une constatation qui dépasse

largement l'auteur de cet essai. En effet, l'on remarque, chez les jeunes de la rue, un haut taux d'absentéisme aux rendez-vous donnés par les divers professionnels dans le CSSS.

Dans un premier temps, l'auteur de cette recherche-action a cherché à saisir les facteurs pouvant expliquer l'absentéisme à travers les données se retrouvant dans les dossiers des jeunes rencontrés. Une fois le matériel recueilli, l'auteure a voulu mieux comprendre les causes de l'absentéisme en regard de la motivation reliée au processus thérapeutique. À cet effet, elle a tenté de voir, dans une perspective exploratoire, si le modèle de changement de Prochaska et Diclemente peut jeter un éclairage intéressant sur la question de la continuité/discontinuité de processus thérapeutique. Il convient de préciser que l'auteure a été confrontée à certaines restrictions imposées par le comité d'éthique de l'établissement. Ainsi, elle n'a pas pu intervenir directement ou indirectement en ce qui concerne la motivation des jeunes de la rue en administrant certains tests, questionnaires ou en questionnant spécifiquement les sujets sur leur motivation à s'investir dans un processus thérapeutique. En effet, la politique du comité éthique du CSSS prône de ne poser aucun geste ou intervention pouvant influencer la population des jeunes de la rue dans leur implication en thérapie. Cette condition clairement explicitée a créé des contraintes importantes dans la réalisation de cet essai, particulièrement en ce qui concerne la méthodologie. De manière plus précise, l'auteure n'a pu, comme il aurait été souhaitable, questionner les participants sur les raisons de leur absence et ce, en regard du modèle de Prochaska et Diclemente. Dans cette perspective, il est clair que

cet essai représente une recherche exploratoire et que l'auteure est bien consciente que les stratégies de recherche utilisées limitent la portée des conclusions retirées.

Le premier chapitre de cet essai vise à présenter les jeunes de la rue selon une vision globale. Le deuxième chapitre donne des informations sur les organismes offrant des services à cette clientèle. Le chapitre trois présente le CSSS des Faubourgs, soit l'endroit où l'auteure a effectué son internat, ainsi que les clients qui y ont été rencontrés. Le chapitre quatre explique le modèle de changement de Prochaska et Diclemente qui est utilisé au chapitre cinq afin d'éclairer la continuité des processus thérapeutiques des trois études de cas présentés. Le modèle a été appliqué à ces clients après-coup, une fois la thérapie terminée, afin de voir s'il peut éclairer l'investissement ou le non-investissement dans la thérapie. Finalement, le chapitre six contient la discussion où divers facteurs pouvant influencer l'assiduité sont amenés, de même que la compréhension et la comparaison des trois cas cliniques à la lumière du modèle de changement de Prochaska et Diclemente.

Chapitre premier : Les jeunes de la rue

Ce premier chapitre vise à spécifier à quelle clientèle nous nous référons lorsque nous parlons des jeunes de la rue. Par la suite, nous apportons quelques précisions visant à distinguer les jeunes de la rue des jeunes itinérants et des membres de « gang de rue ». Nous explorons également, dans ce chapitre, les antécédents généralement retrouvés dans cette population en ce qui concerne leur vie avant la rue, leur famille, leur histoire, puis leur passage à la rue, pour finalement aborder certains enjeux de leur passé qui se rejouent dans leur présent.

Les jeunes de la rue : qui sont-ils?

Voilà une question semblant simple à élucider, mais qui, en fait, n'est pas si évidente. L'absence de consensus sur la définition de ce qu'est un « jeune de la rue » (Beauchemin, 1996; Bellot, 2001; Fournier & Mercier, 1996; Laberge & Roy, 1994) complexifie la tâche. De plus, les définitions retrouvées ont souvent pour conséquences de réduire et d'homogénéiser cette expérience à un mode de vie défini par une appartenance socio-spatiale qui est socialement disqualifiée puisqu'en ces lieux s'exprime et se vit la marginalité (Bellot, 2001; Parazelli, 1997). La réalité de ces jeunes se traduit par divers thèmes à caractère polysémique. Les auteurs québécois parlent principalement des jeunes sans domiciles fixes, des jeunes sans-abri, de la jeunesse itinérante, d'errants et des jeunes de la rue. Selon Dufour (2000), le terme sans-abri ne peut s'appliquer à la réalité québécoise. Les sans-abri

permanents n'y existent pas vu la disponibilité des refuges et la rudesse des hivers québécois qui ne permettent pas de vivre définitivement dans la rue.

La question initiale demeure encore sans réponse : mais qui sont les jeunes de la rue de Montréal? Selon Michel Parazelli (1996), c'est seulement depuis 1988 que la catégorie des « jeunes de la rue » est considérée comme un objet d'étude scientifique, et ce, avec la thèse d'ethnologie urbaine de Marguerite-Michelle Côté. Les jeunes de la rue sont, pour la plupart, âgés entre 14 et 25 ans (Côté, 1989). Selon les statistiques de la santé publique de Montréal (septembre 2002), 30% des jeunes de la rue sont des filles, 70% des garçons. Ils sont en rupture avec le monde institutionnel soit la famille, l'école, le milieu du travail salarié, les centres d'accueil, etc. (Parazelli, 1996). Ils éprouvent un fort sentiment d'appartenance face à la « culture de la rue » où ils rencontrent d'autres personnes qui leur ressemblent et rejettent certaines valeurs de la société (Doutrelepon cité dans Lapointe, 2002). Les graffiti, les tatouages et le *body piercing* sont quelques moyens pour exprimer leurs valeurs propres qui viennent questionner les valeurs sociales actuelles que sont la conformité, la productivité, l'efficacité, l'utilité et la sociabilité (Direction de santé publique de Montréal-Centre, 2002).

Aujourd'hui, ce sont les valeurs reliées à la production, à la consommation, à la vitesse et au rendement qui priment et en bonne partie elles se sont substituées aux valeurs d'un monde traditionnel, effaçant l'importance de la solidarité sociale, du respect de l'unicité individuelle et plus généralement d'un temps social marqué par le rythme des saisons.

De nos jours, est marginalisé quiconque ne peut s'insérer dans ce système de plus en plus atomisant pour les personnes et s'adapter aux risques permanents des dépassements des qualifications et des savoirs. (Lamontagne, Garceau-Durand, Blais, & Élie, 1987, p.15)

La plupart des jeunes de la rue ne dorment pas dans la rue. Ils vont parfois vivre à plusieurs dans un appartement, ils vont « squatter » (prendre possession de lieux inoccupés), ils vont dormir dans différentes ressources, ou ils ont de la famille ou un toit quelque part. D'autres jeunes natifs de diverses régions du Québec viennent passer leur été dans la rue de Montréal pour « triper » avant de réintégrer leur foyer à l'automne. Il s'agit des jeunes de la rue que l'on appelle communément les « crevettes » (Demers citée dans Lapointe, 2002). À Montréal, il y aurait environ 3000 jeunes qui fréquentent les refuges (Gilbert, 2001). Même si plusieurs jeunes de la rue ont le style « punk », d'autres passent inaperçus. Leurs cheveux ne sont pas teints en bleu ou rouge, ils n'ont pas de « body piercing »... Ils ressemblent à des jeunes comme tous les autres et se retrouvent souvent à la rue parce qu'ils ont été exclus de leur milieu familial, ou encore, ils peuvent avoir des problèmes de santé mentale (Doutrelepont cité dans Lapointe, 2002). Les groupes d'appartenance des jeunes de la rue sont donc diversifiés : punks, rockeurs, gais, *peace and love*, etc. (Parazelli, 1996).

La majorité des jeunes de la rue vont y séjourner environ six mois avant de retourner à un mode de vie plus conventionnel et sédentaire. Dans ces cas, ils éprouvent souvent le besoin de se marginaliser et de confronter l'univers de la rue afin de reconstruire leur identité sans qu'elle ne soit dictée par les normes. Les pairs représentent une famille symbolique pour eux et ils pourront s'y identifier (Doutrelepont cité dans Lapointe, 2002). Leur milieu de vie, soit la rue, se réfère à des représentations symboliques particulières, ainsi qu'à certains types d'activité tel la prostitution, la mendicité, la drogue, le petit trafic, etc. Toutefois, ce ne sont pas

tous les jeunes de la rue qui s'adonnent à ces activités de manière homogène ou automatique (Parazelli, 1996).

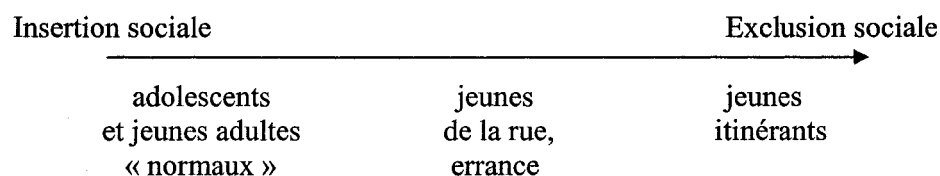
La réalité des jeunes de la rue ne peut pas se réduire à un effet de la mode. Ces jeunes vivent de grandes difficultés personnelles, familiales et sociales. Les conflits familiaux, la violence, la négligence, les fugues répétitives, les problèmes d'alcool et/ou de drogue, les problèmes de santé mentale, etc., voilà des facteurs qui fragilisent ces jeunes et les exposent au risque de se retrouver dans la rue. 70% de ces filles et 30% de ces garçons ont été abusés sexuellement (Direction de santé publique de Montréal-Centre, 2002). Chez ce groupe de jeunes marginalisés, Cormier et Rochon (1988) constatent que l'instabilité émotionnelle, la dépression, la consommation de substance psychoactive (SPA) et le taux de suicide sont élevés. La Direction de santé publique de Montréal-Centre (2002) mentionne que le taux de mortalité dans cette population est 10 fois plus élevé que celui des autres jeunes. Elle note également que 60% des jeunes de la rue consomment des SPA deux fois et plus par semaine, 40% par injection. Trudel (2001) identifie également la séropositivité résultant d'une vie sexuelle hâtive non protégée ou de la consommation de drogue comme une autre problématique affectant les jeunes de la rue. 2% de ces jeunes sont infectés par le VIH (Direction de santé publique de Montréal-Centre, 2002). Trudel (2001) mentionne également les grossesses non désirées, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les conduites associées à la délinquance, les problèmes de santé mentale et des conduites suicidaires se retrouvent particulièrement dans cette population.

De son côté, Parazelli (2000) parle plutôt des facteurs de protection résultant du choix de vivre dans la rue. Pour ces jeunes qui ont été rejetés, abandonnés ou incompris, la rue représente un lieu à partir duquel ils organisent leur quête de survie identitaire, un lieu qui s'avère plus sécurisant pour eux que leur famille ou le centre d'accueil. Ils peuvent y vivre en tant que sujet et la rue joue pour eux un rôle de protection sociale.

Les jeunes de la rue : qui ils ne sont pas?

Malgré la diversité de jeunes que peut englober l'appellation des jeunes de la rue, certaines distinctions semblent importantes à préciser entre ces derniers, les itinérants et les gangs de rue.

Dufour (2000) propose d'imaginer un axe insertion/exclusion :



Les jeunes de la rue représentent une population distincte des jeunes itinérants. Même s'ils connaissent des expériences d'itinérance, le décrochage social des jeunes de la rue est moins prononcé que celui des jeunes itinérants. Ces premiers éprouvent encore des désirs sociaux, comme celui de se retrouver entre amis, de développer des

goûts culturels pour la musique, les arts, etc. (Doutreleponit cité dans Lapointe, 2002; Dufour, 2000; Parazelli, 1996), tout comme la majorité des adolescents et jeunes adultes. Alors que les itinérants se situent au pôle extrême du processus de désinsertion sociale, les jeunes de la rue n'ont pas nécessairement atteint ce point. La différence entre les jeunes de la rue et les itinérants se retrouve également au niveau de la durée et de la répétition des ruptures qui vont, soit accélérer, soit ralentir le passage de l'errance à l'itinérance des jeunes de la rue (Dufour, 2000). La gravité de leurs problèmes distingue aussi ces deux populations. Les itinérants ont souvent des problèmes de santé mentale, sans toutefois avoir de suivi médical (Lauzier citée dans Lapointe, 2002). Les itinérants sont donc habituellement plus atteints par la vie. Ils connaissent une « addition de pathologies », ce qui complique leur processus de réinsertion. La distinction entre la population des jeunes de la rue et celle des itinérants est alors importante dans la mesure où elle permet une intervention préventive du passage de l'errance à l'itinérance (Dufour, 2000).

Malgré les petites délinquances que les jeunes de la rue peuvent commettre (Parazelli, 1996), délinquances que peuvent également commettre plusieurs adolescents, particulièrement en considérant les conditions de survie dans laquelle les jeunes de la rue se trouvent parfois, leur expérience ne peut être associée à celle des gangs de rue. Ces derniers appartiennent à un groupe hiérarchisé et organisé autour d'une sous-culture délinquante (Bellot, 2001), ce qui n'est pas le cas pour les jeunes de la rue.

La vie avant la rue : famille et histoire du jeune de la rue

Bellot (2001) partage l'idée qu'il y a 4 formes de relation familiale retrouvées chez les jeunes de la rue. Il y a d'abord la famille absente où il y a eu la prise en charge du jeune par les centres jeunesse. Certains jeunes ont connu une multitude de familles d'accueil, ce qui ne leur a pas permis un espace potentiel d'ancrage. Il y a d'autres jeunes de la rue qui ont connu l'effritement des liens familiaux. Parfois, ils n'ont pas eu de place dans la famille recomposée de leurs parents. D'autres jeunes ont connu la crise dans leur milieu familial. Par exemple, il peut s'agir de famille où les liens s'inscrivent dans une logique de réussite et où les jeunes ne voudront retourner voir leurs parents que lorsqu'ils auront réussi. Il y a finalement les familles sans histoire où les jeunes n'ont pas connu de problèmes particuliers avec leurs parents et savent qu'ils peuvent avoir du support d'eux. Rares sont les jeunes de la rue qui n'ont plus de lien avec leur famille.

Trois types d'expériences traumatiques dans l'enfance facilitent l'émergence de comportements d'errance ou d'itinérance. Il y a les séparations prolongées dans la petite enfance (par exemple, les deuils), les expériences d'abus sexuel et de violence familiale, ainsi que la multiplication des diverses formes de déracinement dans l'enfance et l'adolescence (comme les placements répétés dans plusieurs familles d'accueil) (Lussier & Poirier, 2000). Selon ces derniers, on retrouve davantage, dans cette population, des difficultés relationnelles tels les problèmes de communication dans la famille, les conflits conjugaux des parents, la surprotection ou l'abandon des

enfants, le faible degré de compétence parentale et le faible degré d'acceptation des enfants à la naissance.

Selon Gilbert (2001), plusieurs des jeunes de la rue n'ont pas eu de modèle parental positif à qui ils ont pu s'identifier, même si le lien avec le parent demeure indélébile. Ainsi, selon le sens psychanalytique du terme, « l'idéal du moi », soit ce modèle intériorisé qui permet de se projeter dans le futur, est défaillant. De plus, il s'agit souvent de jeunes à qui l'on a attribué des étiquettes telles « trouble de comportement » et « retrait social » depuis l'école, ce qui a renforcé leur marginalité et a teinté leur rapport à l'autre. La direction de la santé publique de Montréal (2002) mentionne que les jeunes de la rue présentent davantage de troubles de comportements que les autres jeunes, ce qui amène à se demander s'il s'agit d'un facteur provoquant l'errance, ou qui en est la conséquence.

Le passage à la rue

Les contextes relationnels qu'ont connus les jeunes de la rue depuis leur enfance sont empreints d'une grande précarité, d'insuffisance ou de nocivité, ce qui a menacé leur intégrité à tous les niveaux (Lussier & Poirier, 2000). Les instances qui devaient être protectrices et accueillantes ont souvent été pour eux inadéquates ou destructrices, ce qui a mis en danger la survie physique, l'intégrité corporelle, le droit à l'enfance, l'intégrité psychique, le développement de l'identité et l'affirmation d'une individualité (Lussier & Poirier, 2000).

Leur passage à la rue s'est souvent construit en fonction de tous ces accrochages, ce qui a accentué leur difficulté à s'intégrer socialement. La rue peut alors devenir un « choix contraint », ce qui limite les opportunités davantage conventionnelles de s'insérer socialement. En vertu des étiquettes de « jeunes à risque » ou de « jeunes à problèmes » qu'ils portent souvent, ils font de la rue un lieu de revendication sociale (Bellot, 2001).

(...) leur expérience de la rue se construit bien avant la rue, si bien que loin d'être une rupture, la vie de rue marque dans bien des cas une continuité dans la construction de leur vulnérabilité sociale. (Bellot, 2001, page 106)

L'adoption d'un mode de vie, associé à la rue, s'inscrit dans cette perspective de construction de modes alternatifs dans le processus d'individuation. Ainsi, la situation de rue de ces jeunes se lit comme une réponse aux difficultés d'insertion qu'ils connaissent, réponse non pas simplement contrainte mais aussi voulue parfois comme un tremplin pour une insertion alternative. (Bellot, 2001, page 109)

L'espace de la rue qui organise l'expérience sociale des jeunes de la rue représente alors un élément structurant leurs tentatives de recomposition identitaire (Bellot, 2001; Parazelli, 1996). Le milieu de la rue leur permettra un espace de socialisation offrant la possibilité de s'identifier à leur expérience marginalisée.

Des enjeux qui se rejouent

Le développement humain est un processus dynamique qui implique des interactions entre l'individu et son environnement, ce qui se produit tout au long du

parcours de l'être humain. Lorsqu'un individu est placé dans un nouvel environnement, il est tenté de se tourner vers ce qui était déjà présent dans ses environnements précédents (Trudel, 2001). Ainsi, c'est en partie basé sur les expériences parfois traumatisantes qu'ils ont vécues que l'imaginaire des représentations relationnelles est intériorisé chez les jeunes. Ces relations intériorisées influencent les liens affectifs qui ont ensuite lieu, conduisant à l'établissement de relations insatisfaisantes, instables, frustrantes ou dangereuses (abus et violence). Plusieurs jeunes de la rue auront de grandes difficultés à construire des liens de confiance stables avec des personnes significatives, ce qui contribue à les maintenir dans le milieu de l'errance et de la désaffiliation sociale (Lussier & Poirier, 2000). Comme le mentionne Côté (1989), les relations qu'entretiennent les jeunes de la rue se modèlent sur les bases de leurs expériences familiales. Ainsi, dans leur rapport aux autres s'expriment la violence, l'abandon, la fuite, les relations discontinues, les faux-semblants et les départs continuels. De par la nature des relations qu'ils entretiennent, leur motivation à s'investir dans un processus thérapeutique en vue de changer vers un mieux être, ce qui implique l'intimité psychologique, s'avère questionnable. Toutefois, la multiplicité et la gravité des problèmes présentés par ces jeunes peuvent alimenter et soutenir leur désir de changement et leur demande d'aide. Ainsi, ces facteurs peuvent maintenir les jeunes de la rue dans une position ambivalente qui peut s'apparenter à une motivation mitigée et contemplative. C'est dans cette perspective que nous avons choisi d'explorer le facteur de la motivation au changement, en respectant les limites méthodologiques précisées dans l'introduction, en utilisant le modèle de Prochaska et Diclemente qui sera présenté au chapitre quatre.

Tous les enjeux en lien avec la réalité des jeunes de la rue qui ont été abordés dans ce chapitre tel que les particularités de leur mode de vie, l'addition de facteurs fragilisants qu'ils ont vécus, etc., les amènent à entretenir des relations où les enjeux qui leur sont propres sont rejoués. Ainsi, leurs modes relationnels particuliers entraînent des besoins de services spécifiques où des approches singulières sont utilisées afin de répondre à ces besoins qu'ils énoncent, ou encore, à ceux qui leur sont attribués par les chercheurs et intervenants. Voilà le thème du chapitre suivant.

Chapitre second : Les jeunes de la rue et les organismes offrant des services

Après s'être penché sur la réalité des jeunes de la rue, explorons les organismes leur offrant des services. La première partie de ce chapitre aborde la demande de service chez les jeunes de la rue. Puis, nous parcourons ce que les divers organismes offrent comme services à cette clientèle. Comme les écrits québécois sur ces aspects sont moins nombreux, nous sommes allés explorer dans la littérature quelle gamme de services sont offerts au Québec et ailleurs. De plus, nous avons jugé pertinent de survoler quelques recherches effectuées avec les jeunes de la rue, les enfants de la rue, les jeunes adultes itinérants ainsi qu'avec les itinérants afin de se documenter davantage.

Comment se formule la demande de services des jeunes de la rue?

Quels sont les besoins de cette clientèle selon leur propre perspective? Quelle forme d'aide aimeraient-ils recevoir des organismes? Il s'agit de deux questions malheureusement peu documentées. Comme l'écrivent Fortier et Roy (1996, p.144),

Peu d'articles, enfin, font état de ce que pensent les jeunes eux-mêmes, de leurs projets, de leur potentiel. Ces éléments qui, de notre point de vue, sont essentiels à la réflexion sur l'intervention sont quasi inexistantes dans les textes consultés. Cela soulève évidemment des questions de fond quant à la possibilité de donner à ces jeunes une aide qui soit autre chose que ponctuelle et spécialisée, une aide qui leur permette véritablement de se reprendre en main et de réaliser leurs désirs les plus profonds.

Il y a néanmoins une chercheuse, Josephine Ensign (2004), qui a documenté les besoins et la perception de la qualité des services reçus par les jeunes de la rue de

Seattle. De cette recherche ressort le besoin que le personnel travaillant auprès des jeunes soit plus informé et que les interventions soient mieux ajustées à leur réalité de la rue. Le personnel devrait être plus conscient et sensible au fait que les jeunes de la rue adoptent souvent des mécanismes de protection face à l'adulte puisqu'ils ont couramment connu des relations abusives avec eux. Les jeunes expriment l'importance d'être traité avec respect et non jugement de la part des dispensateurs de services de santé. De plus, la continuité des services est pour eux un bon indicateur de la qualité des services puisqu'elle permet aux jeunes de la rue de développer un lien avec le personnel. Cette clientèle exprime également le besoin que les services qui leur sont offerts se donnent dans des lieux distincts des services offerts aux adultes itinérants plus âgés. Il ressort également de la recherche d'Ensign (2004) que les services de santé alternatifs et complémentaires (naturopathie, ostéopathie...) leur semblent moins menaçants que la médecine traditionnelle.

Afin que le changement puisse prendre place chez les jeunes de la rue, celui-ci doit s'effectuer à partir de l'intérieur en considérant leur besoin d'indépendance et leurs ressources internes (Kidd, 2003). Voilà une des raisons appuyant la nécessité de prendre le temps de questionner les jeunes sur leurs besoins et leur réalité. À cet égard, il nous apparaît important qu'une enquête montréalaise soit conduite auprès des jeunes de la rue afin de documenter leur perception de leur réalité et de leurs besoins, ce qui pourrait faire l'objet d'une autre recherche. Comme le mentionne Taylor (2004), afin de pouvoir développer une forme d'aide constructive pour les jeunes, il faut d'abord avoir une compréhension de ce qu'ils font et du pourquoi ils le font.

Dans une critique de la littérature académique, Panter-Brick (2002) s'est centrée sur le bien-être des enfants de la rue dans des pays en voie de développement, ainsi que sur les jeunes sans domiciles fixes des pays industrialisés. Nous pensons que ses propos peuvent bien s'appliquer aux jeunes de la rue. L'auteure pense que pour travailler dans le meilleur intérêt des jeunes, il ne s'agit pas seulement de les protéger et de subvenir à leurs besoins. Il faut également les écouter et encourager leur participation. Les interventions qui ont tenté de « sauver » les enfants de la rue en les remettant sur les bancs d'école ou en les replaçant dans leur famille n'ont généralement pas apporté de solutions durables puisqu'elles ont eu la tendance d'ignorer l'opinion des enfants, ainsi que ce qu'ils avaient déjà accompli pour eux-mêmes. Les jeunes de la rue ne sont pas que des sujets de préoccupation, mais plutôt des personnes. Ils sont vulnérables, certes, mais ne sont pas incapables. Ils ont besoin de respect et non de pitié.

Même si la demande de services chez les jeunes de la rue est peu documentée, certaines recherches ont traité la question des besoins de cette clientèle selon ses propres yeux. Certes, les résultats ne proviennent pas d'études québécoises, mais nous croyons qu'il est tout de même pertinent d'en nommer quelques-uns. La recherche de Tyler, Tyler, Tommasello et Connolly (1992), qui s'est déroulée à Bogota, mentionne que les jeunes y vivant dans la rue souhaitent pour la plupart du support psychologique, des relations interpersonnelles, un rôle dans la société pour y contribuer, aimer et être aimé.

Une autre équipe de chercheurs (Stanton, Kennedy, Spingarn, & Rotheram-Borus, 2000) qui a travaillé à San Francisco avec des adolescents sans domicile fixe et atteints du VIH, ayant une problématique d'abus de substance et de santé mentale, ont constaté, lorsqu'ils ont évalué les besoins de la clientèle, que les jeunes désirent développer leur indépendance, leur compétence et leur auto-contrôle. Pour ce faire, ils ont besoin de logements où ils pourront s'actualiser.

En matière de santé sexuelle chez les jeunes de la rue, une équipe de chercheurs au Texas (Rew, Chambers, & Kulkarni, 2001) a questionné les participants sur leurs besoins d'informations en matière de santé sexuelle, ainsi que sur leurs idées d'interventions brèves pour promouvoir les pratiques sexuelles positives. Il ressort de cette recherche que les jeunes de la rue désirent enrichir leurs connaissances sur le sujet, parvenir à outrepasser les facteurs personnels et environnementaux qui font en sorte qu'ils ne mettent pas leurs connaissances en application et ils désirent que les programmes éducationnels soient respectueux à l'égard des jeunes de la rue.

La recherche de Kidd (2003) effectuée à Toronto et à Vancouver mentionne que les besoins des jeunes lorsqu'ils quittent le milieu familial sont de se trouver un endroit où dormir, ainsi que de la nourriture. Toutefois, même si plusieurs organismes sociaux offrent ces services, les jeunes les perçoivent parfois de manière négative en les considérant comme étant une source de stress. La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1998) illustre bien cela.

Le refus de traitement médical et d'aide psychologique de la part des jeunes est fréquent et s'explique par un sentiment de révolte manifeste chez les jeunes, dans un contexte de pertes affectives répétées, de ruptures, d'échecs

relationnels et d'isolement où la confiance du jeune, en lui-même, au « système », à ses traitements ou à ses intervenants, est à bâtir. (p.3)

Poirier (1996) appuie bien ces propos en disant que le lourd vécu relationnel des jeunes adultes itinérants fait en sorte qu'il est difficile pour eux de s'investir dans un lien et de faire confiance à autrui, ce qui complexifie la relation d'aide.

Un regard général sur la demande de services chez les jeunes de la rue permet rapidement de constater que ceux-ci se manifestent peu afin de nommer leurs besoins. Cela soulève évidemment un questionnement à savoir pourquoi nous en savons si peu sur la forme d'aide qu'ils aimeraient recevoir des organismes, ou encore, s'ils désirent réellement des services. Il est possible de penser qu'à leur arrivée dans la rue, les jeunes ne sont pas prêts à manifester leur besoin d'aide. Ces réflexions sont importantes à considérer, particulièrement lorsque l'on estime que, pour qu'un changement prenne place, il est préférable que celui-ci parte d'un désir interne du sujet. Dans les faits, la littérature documente davantage les besoins des jeunes de la rue tels que les intervenants et les chercheurs les perçoivent, ainsi que les solutions qu'ils trouvent à ces problématiques. Cela amène à se demander dans quels buts les organismes offrent-ils des services aux jeunes de la rue : au nom des jeunes qui nécessitent des services, ou encore, au nom de la société qui ne désire pas côtoyer la marginalité sociale? Peut être que la réponse réside quelque part entre ces deux pôles... Regardons maintenant ce qui est offert en termes de services pour cette clientèle.

Qu'offrent les organismes pour les jeunes de la rue?

Leurs besoins, tels que perçus par les chercheurs et les intervenants

Tel que nous l'avons vu dans la section précédente, rares sont les recherches élaborant sur les besoins des jeunes de la rue tels qu'ils les manifestent. Toutefois, plus nombreux sont les chercheurs ayant tenté de trouver quels sont leurs problèmes, leurs besoins et comment parvenir à les combler. Avant de se pencher sur les services qui sont offerts aux jeunes de la rue, regardons quels sont les besoins identifiés par les chercheurs et les intervenants chez cette clientèle.

Des actions préventives au fait de se retrouver dans la rue semblent pertinentes à entreprendre. Par exemple, afin de prévenir l'abus physique, la négligence et l'abus psychologique qui mènent parfois à l'abandon, au décrochage social, à l'itinérance et à l'exclusion, il faudrait davantage soutenir les adultes qui entourent les enfants (Bouchard, 1996). De plus, les jeunes impliqués avec les centres jeunesse ont besoin d'un meilleur soutien lors de la transition entre le milieu d'accueil et le milieu naturel puisqu'il est estimé qu'un itinérant sur deux a vécu en famille d'accueil ou en centre de réadaptation (Lamontagne & al, 1987).

L'étude brésilienne de Ennew (1994) apporte le point que le premier réflexe des adultes est souvent d'institutionnaliser le jeune de la rue, brisant ainsi le support qu'il s'était trouvé dans le milieu de la rue en lui retirant les relations significatives que le jeune s'était lui-même construites.

Une fois que les jeunes se retrouvent dans la rue, il est important d'intervenir le plus rapidement possible avec les nouveaux puisqu'ils sont davantage vulnérables. Kidd (2003) mentionne qu'il faut chercher à diminuer leurs comportements auto-destructeurs et la victimisation. De plus, il mentionne que les priorités d'intervention visent à combler les besoins primaires, soit obtenir de la nourriture, un logis et s'occuper de leurs problèmes physiques. Ils doivent également être éduqués sur les risques reliés au VIH, sur la sexualité protégée et sur les risques de partager le matériel d'injection (Kidd, 2003). Tant que les besoins vitaux ne sont pas comblés, l'efficacité du counseling et des interventions visant à augmenter les habiletés sera minimale (Karabanow & Clement, 2004). C'est d'ailleurs ce que reflète la pyramide des besoins de Maslow (1972) voulant que pour qu'un individu puisse s'actualiser et réaliser son plein potentiel, ses besoins physiologiques, son besoin de sécurité, son sentiment d'appartenance, ainsi que son estime de soi doivent d'abord être développés.

Une autre difficulté que vivent souvent les jeunes de la rue aux yeux des chercheurs est de gérer leur vie de manière autonome en ce qui a trait à la gestion des ressources financières limitées et les responsabilités courantes de la vie quotidienne (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998). Ce rapport de la régie effectué par le directeur de la santé publique présente des recommandations basées sur une étude de cohorte d'une durée de deux ans. Ce rapport émet trois objectifs qui doivent orienter l'action :

- 1- Réduire les risques associés au style de vie des jeunes de la rue et les conséquences défavorables à leur santé;
- 2- Réduire l'incidence de nouveaux jeunes en difficulté qui aboutissent sur la rue au centre-ville de Montréal;
- 3- Accroître l'accès pour les jeunes de la rue à des possibilités réelles de sortir de la marginalité et prendre part activement à la vie sociale et économique de la collectivité.

Fortier et Roy (1996) amènent l'idée qu'afin de bien développer les ressources, elles doivent être implantées dans la communauté, offrir des services globaux, complets et diversifiés et travailler en collaboration avec les divers organismes et ressources aussi bien étatiques que communautaires. Ces ressources doivent se centrer sur les jeunes et leurs besoins. Elles doivent leur permettre d'acquérir leur propre pouvoir (*empowerment*) sur les situations (Fortier & Roy, 1996). Poirier (1996) mentionne que « la motivation vient avec la qualité des liens d'aide, c'est-à-dire avec l'intériorisation graduelle de relations aidantes qui permettent de reconstruire un sentiment de valeur personnelle et d'espoir dans l'avenir. » (p.95)

Les approches utilisées avec les jeunes

Les stratégies d'intervention sont variées. Certaines sont dites préventives, alors que d'autres sont structurées en fonction de l'urgence. Toutefois, ces stratégies sont de plus en plus axées sur la satisfaction de besoins précis au sein d'une

problématique multiple, ce qui entraîne le morcellement des pratiques d'intervention. Dit en d'autres termes, il arrive fréquemment que chacun intervienne en vase clos. Afin que les stratégies d'intervention soient efficaces, la population doit prendre conscience des réels enjeux sous-jacents aux problèmes qui la touchent et les actions entreprises doivent correspondre aux préoccupations de la population (Parazelli, 2002). Les agences de services sociaux, particulièrement celles venant en aide aux personnes faisant part de comportements socialement indésirables (abus de substances, problèmes de santé mentale, etc.), doivent utiliser des stratégies de marketing dans la communauté afin d'augmenter la reconnaissance des besoins de la population qu'ils desservent. Cela facilite l'implantation des programmes désirés (Stanton & al., 2000).

Karabanow et Clement (2004) identifient trois types d'approches utilisées avec les jeunes de la rue. L'approche correctionnelle voit les jeunes de la rue comme une menace à la sécurité de la communauté et agit selon l'idéologie qu'il faut les soustraire de la société et corriger leurs pathologies personnelles. Selon cette vision, les jeunes de la rue sont blâmés de leur situation (être dans la rue), ce qui est le cas, entre autre, au Brésil et au Guatemala. L'approche de réhabilitation est similaire à l'approche correctionnelle, mais elle est moins dure. Cette approche voit les besoins de rééducation et de protection contre les horreurs de la vie dans la rue. Finalement, il y a une approche plus éducative qui croit que la meilleure façon de combattre le problème est d'éduquer les jeunes et de les responsabiliser. Les jeunes de la rue sont alors vus comme des jeunes normaux qui ont été obligés, vu les inégalités sociales, de survivre dans ces circonstances. Les interventions effectuées en regard de cette

approche visent à développer les forces individuelles, à obtenir la participation des jeunes et à stimuler l'entraide et le support mutuel en offrant une approche moins stigmatisante.

Poirier (1996) pour sa part, nomme trois lignes d'action socialement utilisées pour se débarrasser des personnes jugées indésirables, comme les jeunes de la rue. 1- Les envoyer ailleurs en les excluant. 2- Les prendre en charge, ce que l'Église a longtemps fait. 3- Les rendre désirables par le recours à la relation d'aide en les aidant à contrôler leurs comportements, à mieux communiquer, à moins consommer, etc.

Les services offerts

Des services de santé adaptés pour les jeunes de la rue ont été développés dans plusieurs grandes villes canadiennes et américaines, notons les cliniques situées à Toronto, Vancouver, Ottawa, Boston et Seattle (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998). Diverses sortes de services sont offerts à ces endroits. Il y a d'abord les services visant à combler les besoins essentiels (Karabanow & Clement, 2004; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998), tels les refuges pour les jeunes, ainsi que les *drop-in center*, terme que nous pourrions traduire par les centres de jour. Il s'agit d'un endroit où il est possible d'obtenir de la nourriture, des vêtements, un intervenant attitré qui évalue les besoins et fait le lien avec les organismes requis (Kipke, Unger,

O'Connor, Palmer, & LaFrance, 1997). Le centre de jour du Bon Dieu dans la rue (chez Pop's) en est un exemple.

Ces dispensateurs de services offrent souvent des programmes spéciaux tels : hébergement à moyen et long terme, services éducationnels, développement des habiletés sociales et professionnelles, thérapie et *counseling*, intervention de crise, services légaux, services médicaux, activités (artistiques, musicales...), nous y revenons un peu plus loin. Il arrive souvent que les centres de jour et les ressources d'hébergement soient complets puisque ce sont les ressources les plus utilisées par cette clientèle.

Un autre type de services offerts aux jeunes de la rue vise à leur fournir des services médicaux (Karabanow & Clement, 2004; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998). Comparativement aux autres jeunes, les jeunes de la rue souffrent davantage de problèmes médicaux comme les traumatismes, les maladies infectieuses et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les problèmes dermatologiques, gynécologiques, gastro-intestinaux, musculo-squelettiques et les autres problèmes physiques. Leur besoin de services médicaux est donc élevé.

Afin d'être accessibles aux jeunes de la rue, ces cliniques doivent avoir des localisations pertinentes (sur le site, près des hébergements que les jeunes fréquentent), des horaires flexibles, peu de temps d'attente, des structures informelles (accueillant les jeunes sans pièce d'identité et/ou intoxiqués), des liens avec le

personnel des ressources d'hébergement et les travailleurs de rue, une politique de confidentialité, etc. En plus, ces cliniques doivent être en mesure d'accomplir des procédures de laboratoires courantes et prescrire des médicaments communs (Karabanow & Clement, 2004). Sans ces caractéristiques, les jeunes risquent de rapidement adopter des comportements d'évitement et de refus d'aide à l'égard des services offerts (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998).

Des services de thérapie et de *counseling* sont également offerts aux jeunes de la rue (Karabanow & Clement, 2004; Parazelli, 2002; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998). Il est fréquent, chez cette clientèle, qu'il y ait des abus de SPA, des histoires d'abus sexuels, physiques et émotionnels, des problèmes familiaux, des sentiments de dépression et des idéations suicidaires, etc. Des services de thérapie, de *counseling*, des centres de crise, des groupes de support et des groupes de thérapie sont offerts à quelques endroits (Karabanow & Clement, 2004). Il existe également des services visant la modification des comportements et l'acquisition de nouvelles habiletés (Karabanow & Clement, 2004; Parazelli, 2002). Puisque souvent les jeunes de la rue ont une éducation formelle inadéquate, manquent d'habiletés interpersonnelles pour fonctionner en société, d'habiletés pour vivre de manière indépendante, d'entraînement professionnel et de motivation pour se trouver un emploi, plusieurs programmes d'intervention existent pour développer les habiletés interpersonnelles des jeunes dans l'optique de la réinsertion sociale. Ces habiletés sociales peuvent être l'écoute, la résolution de problème, l'établissement de buts, etc. Il existe des programmes expérimentaux visant à développer ces capacités

par l'entremise d'activités tel le théâtre, les activités extérieures : la marche en forêt, le camping... (Karabanow & Clement, 2004).

D'autres services offerts aux jeunes de la rue répondent aux besoins graves et critiques. Ceux-ci incluent les services de cliniques spécialisées dans les urgences d'hôpitaux, urgence toxicomanie et urgence psychosociale, services psychiatriques, services de désintoxication et de réadaptation, prévention du suicide, etc. Dans ce type de service, les entraves à l'accessibilité sont liées, entre autre, aux conditions d'admissibilité administratives (par ex., devoir détenir la carte d'assurance maladie), cliniques (par ex., ne pas recevoir de services lorsqu'ils sont sous l'influence de SPA) et légales (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998).

Puisque l'accès réel aux services s'est avéré un problème avec cette clientèle, divers concepts ont été développés afin que les jeunes n'aient pas à se déplacer et à s'adapter aux structures technocratiques qui les rebutent. L'intervention a donc été amenée aux jeunes via les travailleurs et éducateurs de rue, les travailleurs de milieu, les programmes de pairs aidants, les lignes d'écoute, la roulotte, etc. (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998). Il y a également des programmes d'*outreach*. « Cette stratégie consiste à aller rejoindre les jeunes là où ils sont, c'est-à-dire dans la rue, et vise à éliminer les problèmes de méconnaissances et d'accessibilité des services disponibles en diffusant l'information. » (Fortier & Roy, 1996, p.141). L'intervention par les pairs, pour sa part, vient contrer la méfiance des jeunes de la rue à l'égard des professionnels. Les pairs peuvent donner

du matériel éducationnel, donner des services d'*outreach*, de l'écoute et des références. Les pairs sont familiers avec le milieu de la rue, les enjeux et besoins qui y sont reliés. Ce type de service aide à augmenter la participation des jeunes dans les services qui leur sont offerts (Karabanow & Clement, 2004).

Dans toute la diversité des soins proposés aux jeunes de la rue, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1998) souligne qu'il manque d'articulation entre les diverses ressources. De plus, elle mentionne le manque de cohérence entre l'action des intervenants de la santé et des services sociaux, qui a habituellement une attitude d'ouverture et de tolérance à l'égard des comportements marginaux des jeunes de la rue, comparativement aux officiers de la sécurité publique qui ont une approche plus souvent répressive, ce qui augmente le risque de judiciarisation alors que le fardeau de ces jeunes est déjà lourd. Il en ressort un besoin d'arrimage entre les approches de sécurité publique et de santé publique (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998).

Les jeunes de la rue et le changement

Dans la relation d'aide avec cette clientèle, une autre difficulté survient, à savoir si le jeune repoussera l'aide offerte. Selon Poirier (1996), en analysant l'attachement relationnel des itinérants, on peut prédire s'il aura tendance à repousser ou accepter l'aide qui lui est offerte selon la représentation relationnelle qu'il a intégrée, ce qui varie en fonction des traumatismes relationnels vécus dans son passé. Ainsi, le jeune

de la rue aura tendance à reproduire le modèle relationnel familial intériorisé. La relation d'aide peut alors être teintée d'angoisse face à la distance et à l'abandon, ce qui se traduit dans la difficulté à se laisser aller dans une relation d'aide, et peut être en lien avec le fait de s'investir de manière discontinue en thérapie. Pour contrer ces peurs, le désir de s'enfuir ou d'abandonner ceux qui s'intéressent à lui peut se manifester. L'aidant, qui peut être perçu comme porteur d'une autorité menaçante, peut entraîner un sentiment de grande méfiance chez l'aidé.

Un autre facteur en lien avec le changement est la motivation que possèdent les jeunes de la rue. Taylor (2004) mentionne qu'un facteur manquant chez ces jeunes est la motivation d'atteindre des objectifs définis et cohérents, leur donnant ainsi un but, une mission. Ils sont moins préoccupés par les autres et la culpabilité ne représente pas une source de motivation extrinsèque pour eux. Toutefois, Taylor (2004) ajoute que les jeunes de la rue font preuve de motivation intrinsèque, mais n'arrivent pas à la diriger vers un but.

Laberge, Morin, Roy, et Rozier (2000) se sont questionnés sur la capacité des femmes itinérantes à agir sur leur vie afin de voir comment il leur est possible de se (ré)insérer et de se (ré)affilier (processus d'inflexion de l'itinérance). Nous pensons que les propos de ces auteures peuvent s'appliquer aux jeunes de la rue et c'est pourquoi nous en faisons mention ici. Les auteures définissent la « capacité d'agir sur sa vie » comme « un processus de transformation qui ne s'organise pas non plus selon un modèle linéaire et progressif, mais qui se développe plutôt à travers l'enchevêtrement d'essais personnels, d'expériences positives et d'événements

significatifs entraînant des inflexions biographiques qui viennent reconfigurer en quelque sorte l'histoire de vie. » (Laberge & al., 2000, page 23)

Trois scénarios illustrent la capacité d'agir sur sa vie. Il y a d'abord le *fatalisme* où les personnes subissent les événements de leur vie et éprouvent de grandes difficultés, voire l'impossibilité, de donner un sens à ce qu'elles vivent et à comprendre ce qui arrive. Pour elles, les événements sont imprévisibles et inattendus. Ces individus ne cherchent pas significativement une manière de se sortir de leur condition actuelle et il n'y a pas de place pour l'idée de la transformation. Selon cette vision fataliste, la force de changer le cours de sa vie est en dehors de soi et la personne ne prend pas sa part de responsabilité nécessaire pour agir (Laberge & al., 2000).

Le deuxième scénario est celui de l'*impuissance*. Entre dans celui-ci les personnes qui ont peu d'emprise sur le monde qui les entoure, ainsi que sur leur situation. Toutefois, contrairement aux fatalistes, elles sont en mesure d'identifier la ou les source(s) de leurs difficultés. Leur impossibilité d'agir se résume à deux grandes causes : il y a les individus qui sont victimes du système et d'autres victimes d'un trait de leur personnalité ou d'un besoin envahissant qu'ils ont (Laberge & al., 2000).

Le troisième scénario de la capacité d'agir sur sa vie est celui de l'*appropriation*. Les personnes s'y retrouvant tentent d'infléchir leur ligne biographique en

poursuivant un ou des objectifs. Elles se prennent en charge et utilisent des stratégies visant à rendre leur situation plus proximale de ce qu'elles recherchent.

Pour se sortir de l'itinérance, les femmes élaborent un récit de mise en perspective de soi qui ouvre un espace favorable dans lequel l'idée d'une transformation devient possible. Elles se disent mobilisées par un travail sur elle-même : se comprendre, se connaître, se voir venir, régler ses affaires, apprendre, travailler sur son caractère, s'accepter, se connaître, régler ses problèmes émotionnels, se prendre en main, se reconstruire. (Laberge & al., 2000, page 33).

Le modèle de Laberge et al. (2000) illustrant la capacité d'agir sur sa vie est présenté étant donné le lien qui peut être établi entre ce modèle et celui de Prochaska et Diclemente. Ce second modèle sera présenté au chapitre 4 en vue de s'en servir pour illustrer l'assiduité au processus thérapeutique de trois clients rencontrés, ce qui est exposé au chapitre 5. En effet, selon le modèle de Laberge et al. (2000), la motivation des individus à changer des comportements qui leur nuisent varie en fonction des trois scénarios de vie. Une personne se situant dans le fatalisme n'aura pas la motivation d'entreprendre des démarches pour changer les aspects négatifs de sa vie. Une personne se situant dans l'impuissance, sans être rendue à passer à l'action, sera plus consciente des enjeux concernant sa situation et les gens se positionnant dans l'appropriation entreprendront des actions pour améliorer leur qualité de vie. Le modèle de changement de Prochaska et Diclemente en est également un où la motivation interne du sujet à changer varie en fonction du stade de changement où se situe la personne, aspect sur lequel nous reviendrons plus en détail au chapitre 4.

La présentation de diverses sortes d'organismes offrant des services aux jeunes de la rue a été effectuée dans ce chapitre. Pour ce faire, l'auteure a d'abord exploré comment la clientèle formule sa demande de services, pour ensuite se pencher sur ce qui lui est offert. Le chapitre suivant présente une institution spécifique offrant des services à cette clientèle marginale, soit le CSSS des Faubourgs, endroit où l'auteure de cet essai a effectué son internat. De plus, la synthèse de ses dossiers est présentée.

Chapitre troisième : Présentation du CSSS des Faubourgs et des clients rencontrés

Le chapitre précédent aborde différents types de services offerts à la clientèle des jeunes de la rue. Un des endroits où les jeunes peuvent recevoir des services est le Centre de Santé et des Services Sociaux (CSSS) Jeanne-Mance, établissement qui regroupe le CSSS des Faubourgs, le CSSS du Plateau Mont-Royal et le CSSS St-Louis du Parc. L'auteure de cet essai a fait son internat au CSSS des Faubourgs, antérieurement appelé le CLSC des Faubourgs, dans le programme jeunesse qui comprend des services spécifiques pour les jeunes de la rue. Dans le cadre de cet essai, nous parlerons du CSSS des Faubourgs, endroit où se situe la clinique pour les jeunes de la rue. Le présent chapitre aborde les services dispensés par le CSSS de manière globale, puis ceux axés plus spécifiquement sur le soutien psychologique. Nous ferons ensuite une présentation descriptive des clients rencontrés.

La clinique des jeunes de la rue du CSSS des Faubourgs

Cette clinique a été créée en 2001. À ce moment, l'équipe était constituée d'un chef de programme, un psychologue, deux infirmières et une médecin. Ce programme a été mis sur pied afin d'aider les jeunes pendant la période où ils séjournent dans la rue ou fréquentent ce milieu afin d'éviter qu'ils ne dérivent vers l'itinérance. L'équipe de professionnels désirait également faire diminuer la morbidité et la mortalité dans cette population particulièrement exposée aux drogues, à l'alcool et à la prostitution. L'équipe offrait alors des services médicaux, infirmiers

et psychosociaux de première ligne. De plus, un des objectifs de l'équipe visait à établir des corridors de services avec le milieu institutionnel et entretenir des liens de collaboration avec les organismes communautaires (Demers citée dans Lapointe, 2002).

Dans les débuts de la clinique, les infirmières et le psychologue allaient à la rencontre des jeunes dans la rue, ainsi que dans les organismes communautaires (Centre de jour, refuges...) afin de nouer des liens, de faire connaître les services du CSSS (CLSC à cette époque) et de dispenser certains services (soins de base, échange de seringues, gestion de situations de crise, etc.). Ce type de travail a permis d'amener les jeunes de la rue à venir consulter à la clinique, ce qui n'est pas une mince tâche puisqu'il faut garder à l'esprit que la majorité de ces jeunes est déjà passée par le réseau officiel, qu'elle a demeuré dans des centres d'accueil ou autres facilités et que sa perception « du système » est souvent plutôt négative. Tenter de réconcilier les jeunes de la rue avec le système afin qu'ils acceptent les soins représente alors un défi de taille (Demers citée dans Lapointe, 2002).

Par la suite, des dentistes se sont greffés aux professionnels de l'équipe, ainsi que des stagiaires en médecine dentaire afin d'offrir leurs services à la clientèle. Le psychologue a commencé à moins se présenter dans les organismes et dans la rue puisque la clientèle se présentait et se présente encore sur le site fixe. Il y a également eu l'ajout d'un deuxième psychologue à l'équipe à raison de deux journées par semaine. Les infirmières continuent à faire le lien avec les organismes où elles dispensent des services. Au cours de l'année 2005, une travailleuse sociale

s'est intégrée à l'équipe à raison d'une journée par semaine dans le but d'évaluer les besoins de la clientèle en termes de services sociaux.

Au sujet de l'intervention, l'équipe du CSSS prône la réduction des méfaits. Elle désire amener les jeunes à adopter des comportements sécuritaires, particulièrement en ce qui a trait à la consommation de drogue, d'alcool et à la sexualité. Une des difficultés qui demeure présente au sein du travail avec les jeunes de la rue est de les amener à accepter un suivi médical ou psychologique d'une manière régulière. Certains aspects facilitent tout de même la venue des jeunes à la clinique. Notons d'abord que la clientèle peut s'y présenter sans pièce d'identité (donc sans la carte d'assurance maladie), sans adresse ou numéro de téléphone, sans argent et ils seront accueillis même s'ils ont consommé. Il est à noter, pour faire suite au chapitre deux, qu'il n'y a pas de programme en place au CSSS des Faubourgs visant à favoriser l'engagement et la persistance au suivi des jeunes de la rue. Par ailleurs, le Comité d'éthique de la recherche de l'établissement a clairement énoncé ses restrictions à l'auteur en ce qui concerne son désir de questionner la clientèle sur ces sujets.

Habituellement, les jeunes de la rue qui viennent consulter au CSSS des Faubourgs le font pour des problèmes de santé ponctuels qui sont causés, par exemple, par les ITSS, la toxicomanie ou diverses maladies (Lauzier citée dans Lapointe, 2002). Pour la majorité des jeunes, la porte d'entrée au CSSS s'effectue via les services infirmiers et médicaux.

Les services psychologiques

En ce qui concerne les demandes de services psychologiques, il arrive occasionnellement que les jeunes en fassent eux-mêmes directement la demande. Toutefois, il est plus fréquent que ce type de services soit offert par les médecins ou les infirmières qui constatent qu'il pourrait être bénéfique pour le jeune de recevoir du soutien sur le plan psychologique. C'est alors sous leur référence, et si le jeune désire recevoir ce type de service, que le psychologue entre en contact avec le client. De plus, il arrive également que les intervenants des divers organismes communautaires en lien avec le CSSS réfèrent un jeune à ces services.

La majorité des jeunes qui consulte un psychologue dans l'équipe des jeunes de la rue le font pour des problèmes reliés à la santé mentale, à l'adaptation, à la toxicomanie, aux relations interpersonnelles, à un manque de confiance en soi, à des humeurs dépressives, à la sexualité ou à des agressions à caractère sexuel, etc.

Au moment où l'auteure a effectué son internat, deux psychologues répondent aux diverses demandes des jeunes. Un psychologue travaille à temps plein, et l'autre travaille deux journées par semaine dans l'équipe des jeunes de la rue. Suite à sa demande de service, la clientèle est soit contactée directement par téléphone (lorsqu'elle en possède un), soit rejointe par l'entremise des organismes qu'elle fréquente, ou elle ne peut être rejointe que lorsqu'elle se présente au CSSS, ce qui complexifie grandement le suivi continu. Habituellement, les jeunes sont rencontrés une fois par semaine à raison de 50 minutes par rencontre. Le cadre peut toutefois

être ajusté en fonction des besoins de la clientèle. Par exemple, un jeune présentant des idéations suicidaires pourra être rencontré deux ou trois fois par semaine. En ce qui concerne les absences du client à son suivi, le psychologue continuera à le rencontrer tant que le client rappelle en vue de prendre un autre rendez-vous. Si le jeune « disparaît dans la brume » sans donner de nouvelles, il a à refaire une demande de services psychologiques à la réceptionniste et il est alors remis sur la liste d'attente. En règle générale, les jeunes faisant une demande peuvent être rencontrés dès la semaine suivant leur requête.

Synthèse des dossiers de l'auteure

L'auteure du présent essai a effectué son internat de septembre 2004 à août 2005. À compter du mois de juin 2005, aucune nouvelle demande n'a été prise dans le souci d'offrir à la clientèle, à tout le moins, trois mois de suivi psychologique. Au cours de son année d'internat, 34 dossiers lui ont été assignés en vue de dispenser des services psychologiques. De ces 34 usagers, la proportion des hommes et des femmes est équivalente (17 hommes et 17 femmes). Regardons maintenant quelques données sous forme de tableau afin d'avoir un aperçu global de la clientèle.

L'âge est connu pour 32 de ces clients. L'âge moyen des individus ayant fait une demande de services psychologiques est de 21,6 ans. Pour les hommes, la moyenne est de 22,4 ans et pour les femmes, elle est de 20,8 ans (tableau 1).

Tableau 1
L'âge des clients en fonction de leur
sexe

Âge	Total	Hommes	Femmes
16 ans	1	1	0
18 ans	5	1	4
19 ans	2	0	2
20 ans	1	1	0
21 ans	6	1	5
22 ans	5	3	2
23 ans	1	1	0
24 ans	7	5	2
25 ans	4	3	1

Qu'en est-il du nombre de rencontres effectuées avec ces jeunes (tableau 2)? Sur les 34 clients qui ont été contactés, 12 ne se sont pas présentés au rendez-vous et n'ont donc jamais été rencontrés. Pour les clients qui se sont présentés à au moins un rendez-vous, le nombre moyen de rencontres est de 6,5.

Tableau 2
Nombre de rencontres en fonction du sexe

Nombre de rencontres	Total de participants	Hommes	Femmes	Assiduité
0	12	6	6	-
1	4	2	2	-
2	5	3	2	-
3	2	0	2	-
6	3	2	1	suivi discontinu
7	1	1	0	suivi discontinu
8	3	2	1	2 hommes : suivi continu femme : suivi discontinu
9	1	0	1	suivi discontinu
12	1	0	1	suivi discontinu
25	1	1	0	suivi continu
28	1	0	1	suivi continu

En ce qui concerne la scolarité, elle est connue pour 17 des jeunes qui ont été rencontrés. Six de ces jeunes n'ont pas terminé leur secondaire V. Cinq ont terminé

leur école secondaire et ont par la suite arrêté leurs études (1 homme et 3 femmes). L'homme ayant terminé son secondaire s'est inscrit aux cours d'infirmier auxiliaire, mais il n'a pas été admis. Un homme, au moment du suivi, était en secondaire V. Trois femmes ont débuté une année de Cégep, mais n'ont pas terminé leurs études collégiales. Une femme a fait son cours d'infirmière auxiliaire, mais n'est pas parvenue à garder un emploi dans ce domaine. Au moment de nos rencontres, une femme étudiait à l'Université.

Au sujet de leur milieu d'origine, des 22 clients rencontrés, 5 clients viennent de la région de Montréal, 13 clients sont nés au Québec mais à l'extérieur de Montréal, 2 clients sont nés ailleurs qu'au Canada et le milieu d'origine n'est pas connu pour 2 clients.

Quelle est la consommation de ces jeunes, en fonction de ce qu'ils ont rapporté à l'auteure? Trois clients ne consomment ni drogues ni alcool. Sept clients ont une consommation occasionnelle de marijuana et/ou d'alcool. Deux consomment de l'alcool très régulièrement, une cliente consomme du speed, de l'ecstasy et du cannabis sur une base régulière, six clients consomment diverses drogues (cannabis, crack, cocaïne prise, alcool, etc.) sur une base régulière, trois clients s'injectent soient de l'héroïne ou de la cocaïne, quatre clients sont des anciens consommateurs et ont arrêté de consommer des SPA (drogues et/ou alcool). Au moins huit clients fument la cigarette à tous les jours.

Au niveau du revenu des jeunes de la rue rencontrés, 14 clients étaient prestataires de l'aide sociale au moment des rencontres, 3 travaillaient et 3 autres recevaient l'aide sociale tout en ayant un emploi subventionné par le gouvernement en vue d'une réinsertion sociale, 3 se prostituaient (2 hommes et une femme), 2 autres hommes s'étaient déjà prostitués mais ne le faisaient plus et la source de revenu n'a pas été connu de l'auteure pour trois clients.

En ce qui concerne les relations familiales des jeunes rencontrés, 3 clients ne sont plus en lien avec leur famille, 7 ont des relations familiales conflictuelles et 10 ont des relations avec leur famille relativement correctes. Huit de ces jeunes ont vécu en famille d'accueil ou en centre d'accueil. Quatre des jeunes de la rue rencontrés rapportent avoir été victime d'abus sexuel (intra ou extra familial) et 2 mentionnent avoir vécu de l'abus physique.

Au niveau du logement, 2 de ces jeunes dormaient régulièrement dans la rue, 5 demeuraient dans des ressources d'hébergement, 13 jeunes vivaient soit en appartement, en appartement supervisé, ou encore, demeuraient chez des amis ou connaissances et 4 clients vivaient chez un membre de leur famille.

Qu'en est-il de l'état de santé mentale des jeunes de la rue rencontrés en débutant par ceux ayant un ou plusieurs diagnostics. Un client a été diagnostiqué schizophrénie paranoïaque, 2 clients ont une maladie affective bipolaire, 2 sont en dépression majeure, au moins deux ont un trouble de la personnalité limite diagnostiqué, 4 ont un trouble anxieux, 3 sont toxicomanes, une a un trouble

alimentaire et une cliente a une lenteur intellectuelle. Des impressions diagnostiques ont également été posées par un médecin et/ou par l'auteure de ce présent essai. Sept clients auraient possiblement un trouble de la personnalité limite et un aurait une maladie affective bipolaire. Cinq clients ont mentionné avoir ou avoir eu dans le passé des idéations suicidaires, ou encore, avoir fait une tentative suicide. Au niveau médical, un client était atteint du VIH et une cliente avait l'hépatite C.

Suite aux caractéristiques présentées de la clientèle, il est possible de constater que celle-ci est bien diversifiée et ne présente pas de schéma prédéfini. L'addition de tous les facteurs que présente la clientèle nous amène devant des tableaux cliniques très variés et spécifiques à cette clientèle. Toutefois, on pourra voir, lors de la présentation des trois cas clinique au chapitre 5, comment la présence ou l'absence de certaines caractéristiques peut complexifier ou faciliter les interventions et quels sont les facteurs influençant la motivation à s'investir dans un processus thérapeutique.

Le lecteur est mieux informé sur l'endroit où l'auteure de cet essai a effectué son internat et sur les caractéristiques générales de la clientèle rencontrée. Le prochain chapitre présente le modèle de changement de Prochaska et Diclemente qui sert ultérieurement d'outil d'analyse pour les trois études de cas clinique.

Chapitre quatrième : Le modèle de changement de Prochaska et Diclemente

Après avoir présenté le CSSS des Faubourgs ainsi que les caractéristiques générales retrouvées chez la clientèle rencontrée par l'auteure, nous présentons, dans le présent chapitre, le modèle de changement de Prochaska et Diclemente (1995). Ce modèle a été choisi après coup afin de mieux approfondir les trois études de cas clinique où la continuité du processus thérapeutique sera comprise en fonction des stades de changements et de la motivation à changer. Dans ce chapitre, nous regardons d'abord à quelles clientèles ce modèle a été appliqué, puis nous abordons les neuf principaux processus de changement qui se retrouvent dans les six stades de changement intégrés dans un modèle en spirale. Pour terminer, un parallèle entre les stades de changement et la psychothérapie sera fait. L'auteure de cet essai ne prétend pas ici avoir fait une étude exhaustive de ce modèle. Elle a plutôt appliqué la version du modèle présentée en 1995 aux trois études de cas clinique, étant consciente tout de même que le modèle a continué à évoluer depuis cette date.

Le modèle de changement de Prochaska & Diclemente (1995)

Lorsqu'une personne débute un processus thérapeutique, elle le fait habituellement dans le but de produire des changements dans sa vie, soit en ce qui la concerne, soit en ce qui concerne son entourage. Le processus de changement se retrouve donc au cœur de la psychothérapie. Le désir de changement chez les jeunes de la rue peut être questionné lorsque l'on se penche sur le taux d'absentéisme aux

rencontres avec les divers professionnels. L'auteure de cet essai a ici choisi d'utiliser le modèle de changement de Prochaska et Diclemente, un modèle mettant l'accent sur la motivation interne au changement, afin de mieux comprendre pourquoi certains jeunes de la rue s'investissent davantage dans la psychothérapie que d'autres. Le modèle de changement élaboré par James O. Prochaska, John C. Norcross et Carlo C. Diclemente, tel que présenté dans le livre *Changing for good, a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward* (1995) est introduit dans ce chapitre.

L'auteure de cet essai est consciente que des critiques ont été par la suite formulées à l'égard de ce modèle. Les recherches de Littell et Girvin (2002), entre autres, proposent que les stades de changement ne sont pas mutuellement exclusifs et qu'il y a peu d'évidence de mouvement séquentiel dans les stades distincts de changement. Les recherches de Rosen (2000) démontrent également que la séquence des processus de changement utilisés varie en fonction des comportements problématiques ciblés par le changement. Toutefois, étant donné que l'auteure de cet essai n'a pu questionner directement les sujets en ce qui concerne leur motivation liée processus thérapeutique vu les restrictions imposées par le comité d'éthique, il serait difficile, dans le cadre de cette recherche, d'appliquer les révisions apportées au modèle. Cela explique le choix du modèle de changement d'abord présenté par Prochaska et Diclemente (1995).

De nombreuses écoles de pensée ont vu le jour en psychologie et, jusqu'à présent, la supériorité d'une de ces écoles en termes d'efficacité quant à l'impact du

changement réel chez les clients n'est pas démontrée. De toute manière, chaque auteur présente des perspectives dont les bases diffèrent entre elle, complexifiant ainsi la comparaison. Prochaska, Norcross et Diclemente (1995) se sont questionnés à savoir si l'existence de centaine de théories psychologiques reflète l'existence de centaine de processus de changement individuels. Ils se sont aussi inspirés des gens qui changent sans avoir recours à la thérapie afin de rechercher les principes sous-jacents au changement. Ils cherchaient à parvenir à une approche intégrée de la psychothérapie afin de découvrir le processus de changement présent dans toutes les thérapies (Prochaska & Diclemente, 1994). Ils se sont inspirés des diverses écoles de pensées et de leurs forces afin de créer un modèle transthéorique comprenant six étapes de changement. Selon Prochaska et al. (1995), toutes les théories sur la thérapie peuvent se résumer par quelques principes essentiels qu'il appelle le « processus de changement ».

Les auteurs mentionnent que les programmes précédant leur théorie et visant le changement n'étaient centrés que sur l'action. Il arrivait alors que le client soit poussé vers une action prématurée. Ainsi, lorsqu'un client ne parvenait pas à passer à l'action ou à maintenir le changement, il était blâmé pour son manque de motivation. Ils mentionnent qu'il s'agit là d'une erreur puisque l'action ne représente qu'une des six étapes du changement tel qu'ils le conçoivent. Selon les auteurs, moins de 20% de la population est prête à passer à l'action dans le but de modifier un comportement problématique. De plus, Prochaska et al. (1995) mentionnent que l'action et le changement ne sont pas synonymes puisqu'il y a du changement bien avant que l'action ne soit entreprise. Cet auteur et ses collaborateurs se sont intéressés à trouver

comment les personnes changent de manière intentionnelle. Leurs recherches ont visé à trouver la structure sous-jacente au changement et les principes de base qui révèlent cette structure, que le changement se passe de manière autonome ou avec l'aide de la psychothérapie.

De leurs recherches ressort l'existence de neuf principaux processus de changement. Pour chacun de ces processus existe une multitude de techniques qui peuvent favoriser le changement qui se déroule selon six stades. Des processus de changement particuliers sont appliqués à des stades de changement particuliers. Nous reviendrons sur ces aspects un peu plus loin (Prochaska & al., 1995; Prochaska & Diclemente, 1994).

À quelle clientèle ce modèle a été appliqué?

Les stades de changements qu'ils ont étudiés ont été utilisés auprès de diverses clientèles (Prochaska et al., 1995; Prochaska & Diclemente, 1994), notamment dans les programmes de réhabilitation conçus pour les adolescents délinquants, dépendants à la cocaïne ou à l'héroïne, les patients atteints d'une tumeur au cerveau, dans le processus thérapeutique de clients souffrant de problèmes interpersonnels ou de dépression, avec des personnes abusant de l'alcool ou des alcooliques, dans les essais cliniques de médicaments psychoactifs avec des patients souffrant de problèmes d'anxiété ou d'attaque de panique. Le programme basé sur les six stades de changement a également été utilisé pour changer le comportement de personnes :

sédentaires et obèses, qui s'exposent trop au soleil, fumeuses (adolescents et adultes), joueuses compulsives, ayant des comportements sexuels à risque. Ce programme a également été utilisé afin d'améliorer l'hygiène dentaire, de cesser la procrastination, d'aider des gens à améliorer leurs habitudes alimentaires, dans des cas de vaginisme et avec d'autres groupes.

Prochaska et al. (1995) notent que plusieurs efforts fructueux de changement ciblent des groupes de comportements, plutôt que d'isoler un comportement problématique à la fois. Par exemple, les anciens fumeurs qui boivent de l'alcool ont deux fois plus de chance de reprendre leurs habitudes, il est donc facilitant pour eux de cesser de boire et de fumer à la fois. De plus, les personnes qui pensent avoir l'autonomie pour changer leur vie ont plus de chance de réussir.

Les processus de changement

Prochaska, Norcross et Diclemente (1995) mentionnent l'existence de neuf principaux processus de changement qui sont plus ou moins efficaces en fonction du stade de changement où se situe la personne.

1- L'augmentation de la conscience

D'abord décrite par Freud, cette technique consiste à élever le niveau de conscience afin que plus d'informations soient accessibles à l'individu, ce qui augmente les chances qu'il prenne des décisions intelligentes concernant son

problème. Cela ne se limite pas à rendre les pensées et émotions inconscientes conscientes, mais vise aussi à augmenter les connaissances sur la nature du problème. Il s'agit du processus le plus utilisé par la majorité des systèmes de thérapie.

2- Libération sociale

Il s'agit des forces externes à l'individu qui l'aident à débiter ou poursuivre son changement; notons par exemple les restaurants non fumeurs. Ces changements dans l'environnement amènent plus d'alternatives pour les individus.

3- L'éveil des émotions

L'expérience émotionnelle est très importante, particulièrement dans les débuts du processus de changement. Par exemple, un individu meurt dans un accident de voiture après avoir conduit en état d'ébriété. Son frère, qui avait des problèmes de consommation d'alcool, peut choisir d'arrêter de boire après cette tragédie.

4- L'auto-réévaluation

Ce processus de changement affectif et cognitif consiste à évaluer quelle sera la situation une fois le problème réglé. Il s'agit de réellement ressentir que la vie de l'individu serait meilleure sans son problème en pesant les pour et les contre au changement.

5- L'engagement

Une fois que l'on a choisi de changer, nous devons en accepter la responsabilité. Il faut reconnaître que nous sommes les seuls à pouvoir répondre, parler et agir pour nous-même. La première étape de l'engagement est face à soi-même, puis, face au public, c'est-à-dire annoncer aux autres que l'on a la ferme intention de changer, ce qui a un plus grand effet.

6- Substitution

Il s'agit de substituer au comportement malsain une réponse plus saine, par exemple, un consommateur de drogue peut choisir d'aller faire du sport lorsqu'il ressent l'envie de consommer.

7- Contrôle environnemental

Ce processus vise à restructurer l'environnement afin de diminuer la probabilité que des événements entourant le problème se déclenchent. Il peut s'agir, par exemple, de ne pas avoir d'alcool à la maison afin d'éviter les tentations.

8- Récompenses

Elles sont souvent utilisées avec succès pour modifier les comportements. Se féliciter est un exemple.

9- Les relations aidantes

Ce processus consiste à demander du support à son entourage.

Les six stades de changements de Prochaska et Diclemente

Afin de mieux contrôler le cycle de changement et de passer plus efficacement et rapidement au stade suivant, il est favorable, selon Prochaska et al. (1995), de comprendre les différents stades. Une personne peut se situer à différents stades pour différents problèmes. Dans cette partie, nous explorons les six stades de changement, les mécanismes de défense utilisés à chacun de ces stades, de même que les processus de changement facilitant le passage d'un stade au suivant.

1- Précontemplation

Les personnes qui se situent à ce stade nient avoir un problème et n'ont pas l'intention de changer leur comportement. Elles mettent la responsabilité de leur problème sur le dos de la génétique, de la dépendance, de la famille, de la société, de la destinée, etc. Bref, la responsabilité est mise sur des facteurs hors de leur contrôle. Quand elles se présentent en thérapie, c'est souvent sous la pression de l'entourage. Ces personnes sont sujettes à abandonner la thérapie ou à assister passivement aux rencontres en s'impliquant peu personnellement. En fait, ces individus voudraient changer l'environnement plutôt qu'eux-mêmes et que les critiques d'autrui cessent. De plus, les précontemplateurs prennent rarement la responsabilité des conséquences négatives de leurs actions.

Certains mécanismes de défense sont particulièrement utilisés par les précontemplateurs. Souvent, le déni et la minimisation retiennent l'individu à ce stade. Malgré toutes les évidences, les précontemplateurs ne peuvent pas admettre

leur problème. Parfois, ils vont admettre le comportement, pour ensuite le justifier en inventant de bonnes raisons pour leurs mauvais comportements, utilisant ainsi la rationalisation et l'intellectualisation. Les personnes qui intellectualisent vont faire une analyse abstraite et ainsi éviter les réactions émotives et la conscience douloureuse de leur problème. La projection et le déplacement sont des défenses également utilisées par les précontempleteurs. Le dernier mécanisme de défense particulièrement utilisé à ce stade est l'internalisation où l'individu pense qu'il crée lui-même le problème, ce qui fait qu'il s'accuse, se blâme, a une faible estime de lui-même et déprime. Il pense alors qu'il n'est pas apte à résoudre le problème.

Dans la précontemplation se trouve une résistance active au changement. À mesure que les gens deviennent plus conscients de leur problème, ils deviennent plus réceptifs à l'aide. Les outils particulièrement pertinents à utiliser à ce stade sont :

- *L'élévation de la conscience.* La personne doit d'abord prendre conscience de son problème, puis de ses défenses. Plusieurs précontempleteurs manquent d'informations pour percevoir clairement leur problème.
- *Les relations aidantes.* Elles doivent aider le précontempleteur à prendre conscience de son problème, de ses défenses et l'encourager à penser au changement sans le pousser à se lancer prématurément dans l'action.
- *La libération sociale.* Tous les changements dans la société qui aident le précontempleteur à changer font partie de ce processus, par exemple, les groupes de support et les lois défendant les droits des individus.

Pour passer de la précontemplation à la contemplation, la perception des avantages à changer doit augmenter.

2- Contemplation

Les personnes reconnaissent qu'elles ont un problème et pensent sérieusement à le résoudre. Elles veulent comprendre leurs difficultés et pensent à changer dans les six mois qui suivent. Ces personnes savent où elles veulent aller, mais n'y sont pas tout à fait prêtes. Par exemple, les fumeurs étudiés par les auteurs qui désiraient arrêter sont demeurés en moyenne deux ans à ce stade. Certaines personnes sont des contemplateurs chroniques qui réfléchissent sans passer à l'action. Ils désirent changer en même temps qu'ils résistent au changement. La peur de l'échec paralyse l'action. Parfois, les contemplateurs ont l'impression de ne pas être assez informés sur leur problématique pour changer.

Les processus facilitant le passage de la contemplation à l'action sont :

- *L'éveil des émotions.* Éveiller les émotions ne veut pas nécessairement dire éveiller la peur puisque cette dernière tend à augmenter les défenses de l'individu. Pour éveiller les émotions, les films peuvent être un bon moyen, ainsi que de se faire ses propres scénarios, par exemple, se faire filmer saoul, remplir un jar avec ses mégots de cigarettes ou s'imaginer les conséquences négatives de ses actes. Au stade de la contemplation, les effets négatifs du comportement sont soulignés afin d'augmenter les émotions qui conduiront vers l'action.
- *L'auto-réévaluation.* Ce processus amène à réellement ressentir la non congruence entre le comportement et les valeurs de l'individu. Pour se faire, il faut être en

mesure de se regarder « en pleine face » avec le comportement problématique et de s'imaginer notre réalité après l'arrêt du comportement.

- *Les relations aidantes.* À ce stade, les relations doivent aider le sujet dans sa quête d'informations, de conscience et d'auto-motivation.

Dans la contemplation, il faut faire une analyse fonctionnelle, c'est-à-dire relever les antécédents (ce qui précède le comportement), le comportement à changer et les conséquences. Par exemple, une personne peut dire fumer parce qu'elle aime le goût, alors qu'en fait, cela la détend. On peut aussi faire une liste des prétextes que l'on utilise pour justifier son comportement.

Prendre une décision est au cœur du passage de la contemplation à l'action. Les pour et les contre doivent être pesés avant ce passage. Pour passer de la contemplation à l'action, les désavantages de changer doivent être perçus amoindris.

3- Préparation

Ces personnes prévoient passer à l'action d'ici les mois qui suivent et ils font les ajustements finaux pour modifier leur comportement. À ce stade l'intention de changer doit être annoncée publiquement. L'ambivalence n'est toutefois pas toujours résolue et c'est cela qui est travaillé à ce stade.

Les processus de changement qui doivent être appliqués lors de la préparation sont :

- *L'auto-réévaluation.* Il faut continuer d'utiliser ce processus en imaginant la vie après l'arrêt du comportement et les effets positifs de ce changement. Il faut moins penser aux effets négatifs du comportement et plutôt porter l'attention sur les effets positifs de l'arrêt du comportement et les solutions envisagées. Il faut focaliser sur le nouveau Soi, ce qui énergitise la personne et renforce son désir de changer.
- *L'engagement.* Il faut préparer des petites étapes au changement, fixer une date dans le mois qui vient, annoncer publiquement la décision. Durant la préparation, il faut se préparer comme dans l'attente d'une opération majeure, c'est-à-dire prendre le temps et l'énergie émotionnelle nécessaire. L'engagement implique également de faire SON plan d'action. Même s'il est bien de s'informer des moyens des autres pour changer, le plan final doit être le nôtre.

Lors de la préparation, le changement doit devenir une priorité d'action.

4- Action

C'est le stade où le changement est plus visible et celui qui demande le plus de temps et d'énergie. Certains clients qui sont prêts à passer à l'action sont impatients lorsque la thérapie passe trop de temps à essayer de comprendre les origines de leurs problèmes. Même si leur compréhension du problème n'est pas totale, ils pensent avoir suffisamment d'informations pour passer à l'action. Ils chercheront alors une thérapie *behaviorale* ou centrée sur l'action, ou encore, ils passeront à l'action à la surprise de leur thérapeute.

Les processus de changement les plus utilisés lors de l'action sont :

- *L'engagement.* L'action effective débute avec l'engagement.
- *Le contrôle environnemental.* Cela implique de changer le contexte, par exemple, en évitant les situations tentatrices. Peu de gens peuvent changer un comportement sans restructurer leur vie, par exemple, un alcoolique a plus de chance de réussir à demeurer sobre s'il ne fréquente plus ses amis avec qui il avait coutume de boire.
- *La substitution.* Il s'agit de faire une activité divertissante incompatible avec le comportement indésirable, par exemple, l'exercice et la relaxation.
- *Les récompenses.* Il s'agit de renforcer les comportements positifs faits à la place des comportements posant problème.
- *Les relations aidantes.* Elles sont très importantes à ce stade car elles fournissent du support.

5- Maintien

Il s'agit de consolider les gains atteints par l'action et de prévenir la rechute. Il s'agit d'un stade où se continue le processus de changement. Les moments où la personne est le plus à risque de rechute sont lorsqu'il y a des pressions sociales, des défis internes et des situations spéciales où l'occasion de faire le comportement se présente de manière inattendue. La perspective avec laquelle la personne voit sa vie doit alors changer. Elle doit davantage miser sur les bénéfices à long terme et ne plus succomber aux plaisirs instantanés.

L'utilisation de processus de changement est encore de mise à cette étape. Les plus utiles sont :

- *Le contrôle environnemental.*
- *La substitution.* Les comportements visant à contrecarrer les anciens comportements doivent être appliqués.

Lorsqu'une personne avance dans le stade de maintien, les problèmes paraissent plus loin et moins menaçants, ce qui peut amener le danger de minimiser les risques du comportement indésirable.

Comme la philosophie des Alcooliques Anonymes le prône, aider un autre à ne plus exercer son comportement indésirable peut aider la personne à demeurer abstinente. Il est favorable à l'estime de soi de savoir que l'on peut venir en aide à quelqu'un d'autre.

6- Intégration

Il s'agit de la sortie de la spirale de changement. Cela représente donc le but ultime, soit le moment où la dépendance ou le problème ne représente plus une menace ou une tentation. La peur de la rechute n'y est plus. Certains problèmes ne se termineraient jamais, par exemple, certains fumeurs vont encore ressentir l'envie d'une cigarette après 15 ans d'abstinence. Les problèmes qui habituellement empirent avec l'âge (la sédentarité, par exemple) ont plus de chance de rester au stade de maintien toute la vie que de parvenir à l'intégration.

Quatre critères permettent de distinguer ceux qui terminent le cycle de changement de ceux qui restent au stade du maintien :

1. Une nouvelle image de soi.
2. Ne plus avoir de tentation dans aucune situation.
3. Un sentiment d'auto-efficacité solide. Il prend en moyenne 12 mois avant que les personnes qui ont arrêté de fumer se sentent confiantes qu'elles peuvent faire face à toutes les situations sans rechuter.
4. Un style de vie plus sain.

Un modèle en spirale

Il ne s'agit pas d'un modèle linéaire, mais plutôt d'un en spirale (Voir figure 1). La rechute est alors la règle plutôt que l'exception. Par exemple, chez les fumeurs, 85% de ceux ayant arrêté vont retourner au stade de la contemplation et vont recommencer à faire, assez rapidement, d'autres plans pour arrêter (Prochaska et al., 1995).

Selon les auteurs, seulement 20% éliminent leur comportement du 1^{er} coup. La plupart de ceux qui rechutent n'abandonnent pas la partie, ils retournent au stade de la contemplation ou de la préparation avant d'être prêts à repasser à l'action. Après une rechute, les gens gagnent souvent à faire une auto-réévaluation où ils apprennent de leurs erreurs. La cause la plus fréquente de la rechute est la détresse, puis la pression sociale.

Figure 1
La spirale de changement

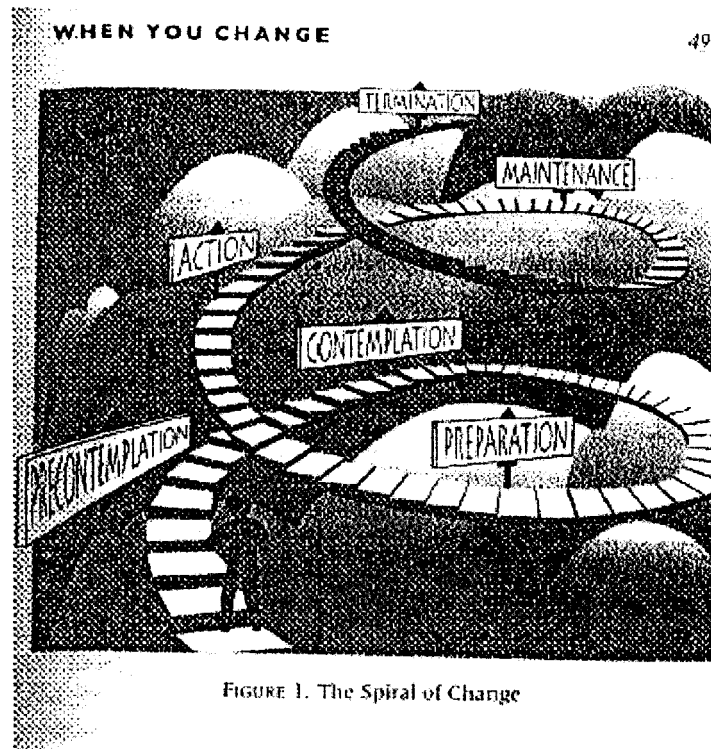


FIGURE 1. The Spiral of Change

Les stades de changements et la psychothérapie

Peu de psychothérapies sont basées sur les différents stades de changement et très souvent, le traitement ne correspond pas au stade du client, ce qui explique pourquoi plus de 45% des clients abandonnent la psychothérapie de manière prématurée, selon ce que rapportent Prochaska, Norcross et Diclemente (1995). Le traitement thérapeutique doit donc être adapté au stade de changement du client. Habituellement, les gens ne quittent pas la thérapie parce qu'ils ne sont pas motivés, mais plutôt parce que la thérapie ne répond pas à leurs besoins spécifiques à un tel

stade. Selon le stade de changement où se situe le client, le psychothérapeute peut appliquer les processus de changement adéquats. Toutefois, il arrive qu'un client se présente en thérapie car il voudrait continuer à mener son style de vie, en ayant des conséquences différentes de ce qu'il a. Ainsi, il recherche des solutions quelque peu magiques et se retrouve souvent déçu par le cours de la thérapie qui ne peut que faciliter le changement et non se substituer à une volonté de changer.

La majorité des personnes qui changent des comportements n'ont pas besoin de support professionnel ou de participer à des groupes. Ils font eux-mêmes face à leurs difficultés en utilisant leurs ressources et capacités, vont se chercher du support et développent leurs stratégies. « En fait, on pourrait argumenter que tous les changements sont des auto-changements et que la thérapie est simplement un auto-changement guidé professionnellement. » [traduction libre] (Prochaska et al. 1995, p.17).

Après avoir exposé les six stades du modèle de changement de Prochaska et de ses collaborateurs, ainsi que les processus de changement qui y sont reliés, nous présentons, dans le chapitre suivant, trois études de cas clinique illustrant ce modèle. Le lecteur pourra constater que le stade de changement où se situe le client permet de mieux comprendre l'assiduité au suivi psychothérapeutique de celui-ci.

Chapitre cinquième : Études de cas clinique

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que le modèle de changement de Prochaska et Diclemente a été appliqué à des clientèles diversifiées. En fait, ce modèle, qui peut guider la personne qui désire changer par elle-même, ou encore, par l'entremise d'une thérapie, peut s'appliquer à toute personne désireuse d'effectuer un changement dans sa vie. En fait, il s'agit d'un modèle de changement où la motivation interne est un facteur crucial dans la progression au travers de ces six étapes. Il permet le développement d'un lieu de contrôle interne amenant la personne à trouver ses propres outils de changement. Dans la mesure où il arrive fréquemment que les jeunes de la rue ressentent de la révolte à l'égard de la société et qu'ils sont fréquemment en quête d'indépendance afin de définir leur identité, le modèle de changement de Prochaska et Diclemente nous semble particulièrement intéressant à appliquer à cette clientèle.

Une précision est ici importante à apporter. À prime abord, lorsque l'auteure du présent essai a rencontré ses clients, la thérapie ne s'est pas déroulée selon le modèle de Prochaska et Diclemente. De toute manière, les restrictions du comité d'éthique n'aurait pas permis d'appliquer ce modèle dans le contexte actuel. Toutefois, après coup, une fois la thérapie terminée, voyant que certains clients ont persisté alors que d'autres non, l'auteure a trouvé intéressant de se servir de ce modèle afin de comprendre l'assiduité au processus thérapeutique chez la clientèle des jeunes de la rue. Cette recherche doit donc être lue comme étant une étape exploratoire à un

travail de recherche plus approfondi et les constatations qui en seront retirées dans le chapitre 6 peuvent représenter des hypothèses de travail.

Au plan de la méthode, l'auteure de cet essai est partie des verbalisations originales des clients, verbalisations qui n'étaient en rien reliées au contenu, aux processus, ni aux stades du modèle de changement décrit par Prochaska et Diclemente. L'auteure a donc appliqué, après-coup, les verbatims des clients aux différents stades. Cette manière de procéder a été choisie étant donné qu'elle n'avait pas la possibilité de questionner les clients en vue de leur assigner les stades de changement au cours de la thérapie. L'auteure est consciente qu'il s'agit d'une limite méthodologique importante, mais qu'elle a dû conduire cette recherche-action de la sorte afin de répondre aux exigences du comité d'éthique de l'établissement.

Ce chapitre illustre le modèle de changement de Prochaska et Diclemente à l'aide de trois études de cas clinique. L'auteure a pris soin de modifier les données permettant de reconnaître les clients afin d'assurer la confidentialité. Les discours ont été écrits dans le langage des clients afin de rester le plus près possible du contexte psychothérapeutique réel. La première cliente a été rencontrée à trois reprises, la deuxième à 8 reprises et s'est présentée aux rencontres de manière discontinue et finalement, le troisième client illustrant le modèle est un jeune homme qui s'est présenté au suivi psychologique à 25 reprises de manière continue. Nous désirons voir si le modèle de Prochaska et Diclemente permet de mieux comprendre l'assiduité au suivi en approfondissant les stades de changement où se situe le jeune.

Le cas de Nathalie, rencontrée à trois reprises

La première personne sélectionnée pour illustrer le modèle de Prochaska et Diclemente est Nathalie, une jeune femme de 25 ans qui a été rencontrée à trois reprises. Elle n'a donc pas adhéré au processus thérapeutique. Avant d'explorer le contenu des rencontres qui ont eu lieu avec la cliente, regardons quelques caractéristiques anamnestiques qui ont été abordées au chapitre 3 et qui se retrouvent chez Nathalie.

Cette cliente est née à l'extérieur de Montréal, dans la province de Québec. Elle est toujours en lien avec sa mère et sa fratrie et son père est décédé depuis quelques années. Nathalie a complété son secondaire V et a, par la suite, fait un cours d'infirmière auxiliaire. Elle n'a toutefois pas réussi à conserver un emploi dans ce domaine vu sa très grande anxiété. Elle est prestataire de l'aide sociale. Il s'agit d'une jeune femme qui boit de l'alcool à l'occasion et ne consomme aucune substance psychoactive vu sa grande crainte des *bad trip*. En ce qui concerne le logement, Nathalie a demeuré, au moment du suivi, dans une ressource d'hébergement, ainsi que chez des connaissances. Elle était très instable à ce niveau. Sur le plan de la santé mentale, Nathalie a un diagnostic de trouble de la personnalité limite (TPL).

À l'égard des stades de changement de Prochaska et Diclemente, nous pensons que Nathalie a vacillé entre la précontemplation et la contemplation. Regardons ici les trois rencontres effectuées avec la cliente. Quelques dialogues entre elle et la

psychothérapeute sont rapportés, ainsi que leur traduction en termes de processus psychologique et leur analyse en fonction du modèle de changement de Prochaska et Diclemente. Il est important de rappeler que le dialogue n'est pas rapporté en entier et que l'analyse des processus psychologiques découle de l'ensemble des rencontres effectuées avec la cliente, donc d'un contexte plus large que ce qui est ici cité.

Dès le départ, Nathalie annule le premier rendez-vous et demande que celui-ci soit déplacé. Au début de la première rencontre, elle mentionne à la thérapeute « J'ai souvent consulté. J'ai déjà fait un programme sur les troubles relationnels pendant 2 mois, ça ne m'aidait pas, faque j'ai arrêté. » À ce moment où elle annonce avoir souvent consulté, elle laisse comprendre un pattern répétitif. Quel message veut-elle transmettre? Elle discrédite les thérapies antérieures, mais elle se présente tout de même en thérapie. Elle a donc une certaine disponibilité, mais n'a pas confiance que cela va l'aider.

Par la suite, Nathalie mentionne : « J'suis ben anxieuse avec le monde. J'ai toujours peur d'être jugée. Pis j'ai d'la difficulté à garder une job. (...) J'm'aime pas comme j'suis. ». L'interne en psychologie la questionne ensuite : « Cé quoi tes attentes face à la thérapie? » Nathalie de lui répondre : « J'voudrais être mieux dans ma peau, arriver à parler de comment je vis les choses. (Au bord des larmes) J'ai une faible estime de moi. (...) J'me sens souvent exclue, dans la position d'la victime. J'suis pas mal parano sur c'que les autres peuvent penser de moi. ». Par ces propos, Nathalie laisse voir qu'elle reconnaît avoir un problème relationnel, mais l'aide reçue à ce sujet ne semble pas avoir amélioré sa situation. Elle a peur d'être jugée et cela se

répercute en thérapie, où elle doit probablement avoir peur d'être jugée par la thérapeute. Nathalie est consciente d'avoir un problème puisqu'elle n'est bien ni dans sa peau, ni dans ses relations. Elle reconnaît aussi se sentir souvent exclue et victime, ce qui montre qu'elle a conscience qu'une partie de la responsabilité de son malaise est attribuable à sa perception de ses relations. Elle aurait dû être questionnée sur ce que signifie pour elle avoir une faible estime et sur ses attentes concernant la thérapie à ce sujet afin de voir si elle est en mesure de formuler des objectifs concrets.

À la fin de la rencontre, l'interne en psychologie questionne Nathalie à savoir comment elle a trouvé sa première rencontre. La cliente lui répond : « J'voudrais avoir du *feed back*, que tu me dises si c'est correct ou normal comment j'suis ». Elle éprouve le besoin d'être rassurée, à savoir si elle est comme tout le monde. Elle n'est pas en mesure de s'auto-évaluer à ce sujet, ce qui ressort au cours des trois rencontres.

Illustrons ici le modèle de changement de Prochaska et Diclemente en regard de la première rencontre effectuée avec Nathalie. Certains processus de changement, qui ont été élaborés au chapitre 4, sont présents chez Nathalie. Elle prend conscience de son problème, elle peut identifier les émotions qui y sont rattachées, elle fait une certaine auto-évaluation de sa situation, et comme elle se présente en thérapie, elle recherche des relations aidantes. Toutefois, elle ne dit pas concrètement ce qu'elle veut faire pour améliorer sa situation, mais elle reconnaît une partie de sa responsabilité. Ces éléments nous laissent croire que lors de la première rencontre,

Nathalie se situe au stade de la *contemplation*. De plus, il apparaît clair, dès le départ, que d'apprendre à faire confiance à la thérapeute exigera beaucoup à la cliente vu sa grande peur d'être jugée.

Par la suite, la cliente ne se présente pas à deux reprises et c'est la psychothérapeute qui la rappelle pour reprendre rendez-vous. Il semble que l'instabilité physique, soit la recherche d'une ressource d'hébergement, influence son assiduité à la thérapie. Toutefois, que lui coûterait-il de prendre une heure dans sa semaine pour la thérapie? Il lui semble difficile de s'engager et de mettre la thérapie dans ses priorités. Ce manque de mobilisation peut porter à croire que dans les stades de Prochaska et Diclemente, Nathalie recule à la *précontemplation*.

Deux semaines et demie après la 1^{ère} rencontre, Nathalie est rencontrée pour une seconde fois. Elle mentionne : « J'ai souvent l'impression que l'monde ne comprenne pas c'que je vis. (...) J'vois une psychiatre à l'hôpital Sacré-Cœur, j'aime pas ça, j'ai l'impression qu'elle comprend pas ma détresse. » (...) « à part mon diplôme professionnel, y'a rien qui m'a aidée ». Aux yeux de Nathalie, personne ne comprend sa détresse et rien ne peut l'aider. C'est comme si elle demandait indirectement : « toi, peux-tu m'aider? ». La thérapeute aurait dû questionner la cliente à savoir si elle pense que sa psychologue peut l'aider, et comment, afin d'axer la thérapie davantage sur le lien thérapeutique entre elles deux. Au début de la 2^{ème} rencontre, Nathalie blâme les autres, elle est donc dans la victimisation, ce qui laisse croire qu'elle se situe au stade de la *précontemplation*.

Au cours de la rencontre, Nathalie dit : « J'voudrais travailler dans l'public, mais j'sais pas trop qui j'suis. ». La thérapeute lui répond : « Tu penses pas que ça serait plus facile pour toi de te trouver une job ailleurs que dans le public vu que tu dis être extrêmement anxieuse avec les gens? » En s'impatiant, la cliente lui réplique : « Y'en a pas d'autres jobs. J'ai pas le choix d'être dans l'public, y'en a pas de jobs! ». Selon l'interne en psychologie, comme Nathalie se dit *très* anxieuse socialement, il semble qu'elle se met en échec en voulant travailler dans le public puisque ce n'est pas réaliste à ce moment. Elle ne veut pas voir les autres solutions et est très défensive sur ce sujet. Toutefois, l'intervention effectuée ne facilite pas le lien de confiance puisque la réponse de la thérapeute montre qu'elle ne comprend pas le désir de sa cliente de travailler dans le public. « Qu'est-ce qui t'attire dans le public? » aurait été une réponse beaucoup plus compréhensive.

Afin que Nathalie puisse cheminer dans le processus de changement, la relation de confiance apparaît, avec le recul, comme étant l'élément clef, mais il est très difficile de le développer avec elle, ce qui fait en sorte que le choix des interventions effectuées doit être très judicieux, ce qui n'a pas toujours été le cas. La difficulté à établir le lien de confiance s'explique également par le fait que Nathalie a suscité un important contre-transfert chez sa thérapeute par ses réactions imprévisibles, son agressivité et son impulsivité.

Tout au long de la deuxième entrevue, Nathalie émet plusieurs réponses très sèches et impulsives, ce qui rend l'ambiance très tendue. Après une de ces réponses, la psychothérapeute lui demande : « Tu sais Nathalie, quand je te demande de répéter

quelque chose ou de m'expliquer davantage, j'ai l'impression de marcher sur des œufs, que ça te fâche. » La cliente se calme alors. Elle revient sur ce point à la toute fin de la séance et mentionne : « J'ai peur que tu te tannes si je répète trop. J'vais essayer d'être moi-même dans cette thérapie là, mais j'trouve ça dur pis j'ai peur d'avoir trop de caractère ». La thérapeute lui répond : « Si tu as envie qu'on fasse un bout de chemin ensemble, ça va être important que tu te permettes d'être toi-même en thérapie. Aussi, vu les traits paranos que tu dis avoir, ça va être important que tu me nommes ce qui t'accroche dans notre relation afin que l'on puisse regarder ça ensemble ». Nathalie répond : « J'suis ben d'accord, mais ça va être dur » et sa psychologue de l'encourager et la soutenir dans sa démarche de vouloir être elle-même : « Tu sais, tout ce que tu as réussi à me nommer aujourd'hui, c'est déjà un beau pas de fait! ».

Dans ce dialogue, Nathalie semble vouloir dire : « et si tu n'aimais pas qui je suis, me laisserais-tu tomber? ». Il aurait fallu que la psychothérapeute la rassure sur le fait que peu importe comment elle se présente, elle sera accueillie, ce qui aurait favorisé le développement du lien de confiance. De plus, en répétant à la cliente son expression « traits paranos », cela a pu être percutant pour elle puisqu'elle recherche l'approbation sociale. Vers la fin de la deuxième rencontre, en ce qui concerne les processus de changement, Nathalie est en mesure de nommer ses émotions, elle accepte peut-être davantage la relation aidante, ce qui laisse voir un peu plus de confiance, elle évalue qu'il va lui être difficile de se laisser être elle-même dans la relation thérapeutique, mais dit être prête à le faire, elle se situe possiblement dans la *contemplation*.

Elle annule ensuite le troisième rendez-vous, mais elle en désire un autre. Il y a alors la répétition du pattern qui semble refléter l'ambivalence entre venir en thérapie car elle est souffrante et abandonner puisqu'il lui est plus difficile de passer par-dessus sa méfiance que de vouloir soulager son lourd vécu intérieur.

Notre 3^{ème} rencontre a lieu deux semaines après la seconde. La cliente mentionne dès le début : « J'voudrais avoir un suivi spécialisé pour les troubles de personnalité à l'hôpital X, parce qu'à l'hôpital où j'vais, j pense qu'ils sont pas assez compétents pour moi. (...) J me demande comment ça peut m'aider notre suivi? ». Elle discrédite alors le travail de sa psychiatre et de la thérapie en les mettant en échec. En fait, c'est comme si Nathalie n'est jamais là où elle doit être, elle n'habite pas pleinement le présent et recherche plutôt des moyens qu'elle n'a pas entre les mains pour être mieux. Elle se met en échec en agissant ainsi. La cliente a besoin de ventiler sur le fait qu'elle se sent incomprise, mais elle ne semble pas prête à passer à autre chose.

Après que Nathalie ait questionné la pertinence du suivi, la psychothérapeute lui demande : « Qu'est-ce que tu viens chercher en venant à nos rencontres? » La cliente répond : « J'veux régler ce qui va mal dans ma vie. » L'interne en psychologie ajoute : « Qu'est-ce qui se passerait si tu rencontrais quelqu'un qui te comprenait vraiment? » et Nathalie mentionne : « J pense pas vraiment que c'est possible! » La thérapeute reflète alors la position d'impuissance dans laquelle elle peut mettre ses divers intervenants. La cliente devient alors très agressive.

Dans ce dialogue, les attentes de Nathalie face à la thérapie sont floues et la psychothérapeute aurait dû lui demander de préciser. De plus, elle aurait dû rester collée à leur relation et personnaliser sa question en lui demandant : « Penses-tu que je peux arriver à te comprendre? » En disant qu'elle ne pense pas pouvoir être comprise, la cliente met en impuissance sa thérapeute et cela reflète son ambivalence : elle désire de l'aide, mais ne pense pas qu'il est possible qu'elle puisse être aidée. En lui reflétant l'impuissance qu'elle fait vivre aux intervenants, l'interne en psychologie lui montre comment il est difficile d'entrer en relation avec elle, ce qu'elle s'est probablement souvent fait répéter et la rend défensive, ce qui peut nuire grandement au lien thérapeutique fragile.

Après lui avoir nommé l'impuissance qu'elle fait vivre aux intervenants, la cliente s'emporte : « C'est au thérapeute de gérer ça, pas à moi, j'ai un TPL!! D'ailleurs, y'a plein de psy qui veulent pas travailler avec des TPL parce que c'est trop dur! » La psychothérapeute lui mentionne alors que ce qui se passe en thérapie doit probablement se passer dans ses relations avec les autres et qu'il pourrait donc être important de s'y attarder. À ce moment, c'est comme si la cliente demandait « Seras-tu capable de gérer mon caractère [TPL]? ». Elle se cache derrière son diagnostic en se disant que si les autres ne peuvent pas la gérer, ce n'est pas son problème, ce qui laisse voir la déresponsabilisation, et également, sa difficulté à faire confiance aux autres, ce qui ne la mobilise pas dans sa démarche de changement et la situe au stade de la *précontemplation*.

Elles parlent ensuite de comment Nathalie se sent souvent impuissante dans sa vie. Suite à cela, la cliente se calme alors et acquiesce : « Mon dieu! C'est difficile une thérapie, celle là est plus dure que les autres parce que je veux parler des vraies choses. ». La thérapeute aurait eu avantage à lui dire qu'elle ne la laissera pas tomber et l'encourager à parler des vraies choses pour renforcer le mince lien de confiance. Puisque la cliente est ici en mesure d'évaluer la situation, de nommer ses émotions et d'accepter la relation d'aide, nous passons au stade de la *contemplation*.

Par la suite, la cliente ne se présente pas à la quatrième rencontre. Elle appelle pour dire qu'elle a commencé un projet de travail et désire un rendez-vous en dehors de ses heures d'ouvrage. La thérapeute lui laisse un message et lui propose une rencontre selon l'horaire de la cliente, mais elle ne s'y présente pas et ne rappelle pas par la suite. C'est ainsi que se terminent les contacts avec Nathalie. Au total, il s'est écoulé 2 mois pour parvenir à la rencontrer à trois reprises. Nous voyons ici que le pattern se répète. Elle ne semble pas prête à faire les efforts et les compromis nécessaires pour la thérapie.

D'une manière générale, nous pouvons dire que la confiance de Nathalie dans le lien thérapeutique n'est pas assez grande, ce qui aurait dû être plus développé pour que la cliente puisse s'investir dans ce lien. Elle ne s'implique pas dans le processus, se déresponsabilise et ne semble pas prête à s'engager. La méfiance qu'elle vit intérieurement est plus lourde et demande plus que son besoin de changement. Tant qu'elle demeure dans la victimisation, il lui est difficile de se prendre en main, elle ne peut pas penser à agir et voit plutôt les autres dans le tort, ce sont eux qui ne sont

pas assez bons pour elle et ce sont les autres qui ne comprennent pas sa souffrance. De plus, comme elle pense que personne ne peut la comprendre et l'aider, la thérapie entre en contradiction avec ses croyances. Elle n'est pas prête à agir sur sa souffrance puisqu'elle s'identifie beaucoup à cela. Elle demeure alors dans la précontemplation et ne pense ainsi pas à apporter des modifications dans sa vie.

Puisque le modèle de Prochaska et Diclemente est utilisé dans l'analyse après coup, il est plus facile de voir ce qui aurait eu avantage à être travaillé afin d'aider Nathalie dans sa progression parmi les stades de changements. Ainsi, pour aider la cliente à s'ancrer davantage dans la contemplation pour qu'elle puisse éventuellement passer à la préparation, la relation entre la thérapeute et la cliente aurait dû être davantage travaillée en parlant directement d'elles. La méfiance que Nathalie éprouve envers autrui a conditionné tout le processus et l'a freinée à se laisser être elle-même en thérapie alors qu'il s'agit là d'un point important dans sa démarche de changement.

Le cas de Marie-Pierre, rencontrée à huit reprises

Afin d'illustrer le modèle de Prochaska et Diclemente à travers la présence et l'absence au suivi psychothérapeutique, penchons-nous sur un deuxième exemple, soit celui de Marie-Pierre. Cette cliente, qui consulte pour se soulager de ses sentiments dépressifs, est partie de la contemplation, pour reculer à la précontemplation et remonter graduellement la spirale de changement jusqu'à

l'action. Cette jeune femme de 24 ans a été rencontrée à huit reprises de manière discontinue.

Regardons quelques éléments de l'histoire de Marie-Pierre. Cette cliente québécoise, qui vient de la campagne, a terminé son secondaire V et a eu plusieurs boulots par la suite. Au moment des rencontres avec l'auteure de cet essai, Marie-Pierre est prestataire de l'aide sociale. Il s'agit d'une jeune femme qui, au début des rencontres, sortait dans les *raves* plusieurs fois par semaine et consommait du *speed* et/ou de l'*ecstasy* en ces occasions. De plus, elle fume au moins un joint de cannabis par jour et entre 1 ½ et 2 paquets de cigarettes à tous les jours. Elle ne boit pratiquement pas d'alcool. En ce qui concerne ses relations familiales, elle est toujours en lien avec son père et sa mère qui ne sont plus ensemble, mais ses relations avec eux sont conflictuelles.

Penchons-nous maintenant sur les rencontres avec Marie-Pierre afin d'illustrer le modèle de Prochaska et Diclemente avec une cliente se présentant d'une manière discontinue au suivi psychothérapeutique. Tout d'abord, elle vient au premier rendez-vous fixé. Au cours de cette rencontre, lorsque l'auteure lui demande ce qui l'amène à consulter, Marie-Pierre répond : « Depuis un an, ça fait trois fois que j's'hospitalisée pour mes idées suicidaires. Y'a des choses en d'dans que j'peux pu garder. Ça fait dix ans qu'on m'dit que j'ai un problème, là, j'veux de l'aide pour le trouver mon problème! » Les propos de la cliente lors de la première rencontre laissent voir qu'elle se sent très dépressive et désire que son état et sa situation changent, mais elle ne nomme pas de manière concrète pour y parvenir. Elle se

présente également sous la pression de son entourage, mais se dit maintenant ouverte à recevoir de l'aide, ce qui ne semble pas avoir été le cas les dix années précédentes. Elle ressent également le besoin de se confier. Au cours de la seconde rencontre, Marie-Pierre dit à sa thérapeute : « J'ai dessiné cette semaine, ça fait du bien », suggestion que lui avait faite l'auteure au cours de la première rencontre.

Illustrons maintenant le modèle de changement de Prochaska et Diclemente selon les verbalisations de Marie-Pierre au cours des deux premières séances. Quelques processus de changement sont présents chez elle : elle est consciente de son problème et désire augmenter son niveau de conscience face à celui-ci, elle vit l'expérience émotionnelle qui y est rattachée et demande de l'aide. Marie-Pierre commence aussi à se donner des moyens pour se soulager, soit le dessin. À notre avis, elle se situe au stade de la *contemplation*, tout près de la *préparation*.

Par la suite, Marie-Pierre annule un rendez-vous, mais en redemande un le plus tôt possible. Elle annule également le second en disant qu'il ne lui est pas possible de venir vu un problème de transport. Il faut également tenir compte que le CSSS se situe à Montréal et que l'établissement peut fournir des billets de métro aux clients qui en font la demande. Cela amène à se questionner sur la manière dont elle est prête à s'investir, ce qui peut refléter son ambivalence. La cliente désire de l'aide, mais ne se mobilise pas, ce qui peut laisser croire, selon le modèle de Prochaska et Diclemente, qu'elle se situe toujours au stade de la *contemplation*, en se rapprochant de la *précontemplation*.

Lors de la troisième rencontre, elle est en mesure d'identifier et de nommer ses émotions. Toutefois, elle n'est pas dans la recherche active de solutions. Elle se situe, à notre avis, toujours au stade de la *contemplation*, près de la *précontemplation*.

Entre la troisième et la quatrième rencontre s'écoulent six semaines au cours desquelles la thérapeute donne des rendez-vous à sa cliente, qui les annule pour diverses raisons et appelle pour en avoir d'autres. Durant cette période, Marie-Pierre a déménagé, il est donc difficile de la rejoindre pendant quelques jours. Il lui est également arrivé d'appeler en disant : « Ça va vraiment pas bien là, j'suis dans un gros down! » en voulant avoir une évaluation psychiatrique pour savoir si elle devrait être médicamentée. Elle ne se présente pas à la rencontre qui suit cet appel. Elle semble donc plus ou moins prête à faire les compromis nécessaires à un suivi continu. L'engagement dans le processus de changement et la mobilisation n'y sont pas. Elle recherche des solutions instantanées, comme la médication, pour soulager sa souffrance. Même si cela pouvait l'aider, il est clair que la cliente aurait aussi avantage à apporter des modifications dans sa vie, mais il semble que cela lui coûte beaucoup d'énergie. Il lui est, pour le moment, plus facile d'endurer sa souffrance que de changer son mode de vie, ce qui correspond au stade de la *précontemplation*.

Avant la quatrième rencontre, la thérapeute contacte Marie-Pierre afin de savoir si elle est toujours intéressée au suivi puisqu'à toutes les semaines, une plage horaire lui est réservée, mais celle-ci demeure inutilisée. Cet appel a dû lui mettre de la pression à se présenter au rendez-vous. Au début de la quatrième rencontre, lorsque l'interne en psychologie mentionne à Marie-Pierre : « Ça fait longtemps qu'on s'est

pas vues! », la cliente lui répond : « Ouais, ça va pas fort, chu pas motivée à faire mes activités, j'ai pas envie de sortir de chez nous. Pis j'ai pas mal sorti [dans les bars] les fins de semaine pis chu pas fière de moi! » Dans ce début de rencontre, il est possible de voir que la cliente sait que sortir dans les *after hour* n'aide pas à améliorer son état. Lorsqu'elle sort, elle est déçue d'elle et a peut-être de la difficulté à l'assumer, ce qui pourrait faire en sorte qu'elle ne vient pas aux rencontres. Elle ne voudrait possiblement pas être rencontrée dans ces moments puisque cela reflète la non congruence entre ses actions et ce qu'elle désire atteindre, ce qui illustre bien la *contemplation*.

Marie-Pierre dit ensuite à sa thérapeute comment elle se sent dépressive. Cette dernière lui explique le lien entre l'*ecstasy* et la dépression, ce qui doit favoriser son état dépressif. La cliente laisse ensuite voir ses attentes élevées face à la thérapie, ce qui amène à penser qu'elle voudrait que la thérapie règle ses problèmes en ayant un minimum d'efforts à fournir. L'auteure de cet essai lui répond doucement : « Tu sais Marie-Pierre, j'peux t'accompagner dans l'exploration de ta souffrance, de ta tristesse, mais j'te tirerai pas là-dedans pis j'frai pas le travail pour toi. Malheureusement, y'a pas de pilule miracle pour régler ce que tu vis. Pour qu'il y ait des changements, il va falloir que tu y mettes du tien, et moi, j'peux t'accompagner et te guider là-dedans. » Ce à quoi Marie-Pierre réplique : « Les rencontres qu'on a eu avant mon fait du bien. J'vais me donner un coup de pied au cul pour v'nir. » Dans cette partie de la rencontre, la psychothérapeute lui donne de l'information, ce qui augmente la conscience de la cliente sur sa problématique, ce qui pourra l'aider à vouloir agir sur sa situation en étant plus informée. Marie-Pierre décide de se

mobiliser pour le suivi puisque cela l'aide à aller vers un mieux être. Elle accepte donc une relation aidante, elle est en contact avec les émotions reliées à sa problématique, tous ces processus de changements permettent de voir qu'elle chemine vers la *préparation*.

Marie-Pierre se présente à la cinquième rencontre, un lundi après-midi, alors qu'elle revient directement d'un *after hour*, endroit où elle a sorti toute la fin de semaine. Elle n'a donc pas dormi et est encore sous l'influence de ce qu'elle a consommé. Elle mentionne avoir moins consommé qu'à son habitude et en est fière. Sa présence à la rencontre montre qu'elle se mobilise puisqu'elle vient à la rencontre malgré son état. Elle dit ensuite vivre beaucoup de positif et ajoute qu'elle pense à changer son rythme de vie, mais pour se faire, elle devra changer tous ses amis « À chaque changement majeur dans ma vie, j'change tout! » En se penchant sur les processus de changement de Prochaska et Diclemente, nous voyons que la cliente est en mesure d'évaluer sa situation, elle pense aux stratégies qu'elle a déjà utilisées dans des périodes de transition et projette d'utiliser le contrôle environnemental pour s'aider à changer son rythme de vie, elle est fière d'avoir ralenti sa consommation, ce qui lui fait une récompense. Elle fait donc des plans pour passer à l'action et se trouve dans la *préparation*.

La sixième rencontre se poursuit dans le stade de la *préparation*. Marie-Pierre y mentionne que son réseau social ne représente pas une grande source de support pour elle « Depuis deux ans, tout le monde que j'connais sort dans les *raves* et les *after*. » La cliente ne se présente pas au rendez-vous suivant. Probablement qu'elle ressent de

l'ambivalence face au fait de changer puisque cela demande beaucoup d'efforts, cette ambivalence est caractéristique du stade de la *préparation*.

Lors de la septième rencontre, la cliente mentionne « Ma résolution pour 2005, j'veux r'tourner à l'école, suivre un cours en cuisine via emploi Québec qui pourrait subventionner ça. J'voudrais aussi m'trouver un travail. » Marie-Pierre a donc un plan bien concret. En annonçant cela comme une résolution, elle s'engage, soit un pas de plus vers l'action, toujours dans le stade de la *préparation*. À la fin de la rencontre, suite à la demande de Marie-Pierre, elle et l'interne en psychologie vont voir la réceptionniste afin de prendre un rendez-vous avec un médecin de la clinique, puisque la cliente désire des anti-dépresseurs pour l'aider à remonter la pente. Elle se donne donc divers moyens pour changer sa situation.

Une semaine plus tard, Marie-Pierre appelle sa thérapeute en crise. Elle est en pleurs car le chien de sa colocataire a mangé son linge, elle est seule et « pète les plombs » selon ses dires. Elle mentionne ne pas pouvoir venir à la rencontre puisqu'elle n'a pas d'argent, pas de linge et se sent trop ébranlée pour venir. Il est possible que Marie-Pierre soit dans emportée dans un état de panique et qu'elle ne soit plus en mesure de juger la réalité à son niveau. À ce moment, elle désire partir chez sa mère à Trois-Rivières. Avec le recul, en analysant cette situation dans l'ensemble de la thérapie, il semble que cette crise a été un élément déclencheur à son passage à l'action, puisque, quelques jours plus tard, elle appelle de chez sa mère en disant : « J'veux rester là un moment, me trouver une job, retourner à l'école, j'veux qu'ça bouge! » Comme elle a bientôt un rendez-vous avec le médecin au

CSSS des Faubourgs, elle désire en profiter pour rencontrer l'interne en psychologie. Elle mentionne vouloir poursuivre le suivi avec celle-ci en venant avec *allo-stop* une semaine sur deux. Elle ajoute « J'ai passé une première fin de semaine sans faire le party », ce dont sa thérapeute la félicite. Ce coup de fil pourrait nous faire croire que la cliente est maintenant prête à s'investir dans le processus thérapeutique alors qu'il lui faudrait maintenant faire beaucoup de route. Elle passe à l'*action*! En changeant de milieu, elle effectue un contrôle environnemental, elle demande toujours de l'aide pour maintenir l'action et elle s'est engagée dans le processus de changement.

Marie-Pierre rencontre sa thérapeute une huitième fois, après être allée voir le médecin qui lui a mentionné son hypothèse d'un trouble de la personnalité limite (TPL), ce que nous reprenons en thérapie. L'interne donne à la cliente des exemples concrets et appliqué au vécu de Marie-Pierre des divers éléments du TPL. La cliente s'y reconnaît. L'auteure de l'essai lui demande alors comment elle se sent face à l'idée d'avoir ce diagnostic. Marie-Pierre lui répond : « Te souviens-tu la première chose que j't'ai demandé? Que j'voulais trouver cé quoi mon problème? Ben là, j'suis contente d'avoir trouvé la réponse à ma question. »

La cliente mentionne ensuite qu'elle n'a pas consommé autre chose que du cannabis depuis qu'elle demeure à Trois-Rivières. Elle s'est inscrite à l'école professionnelle et s'est trouvé un emploi. Elle a donc mis ses résolutions en action. En changeant de ville, elle change son réseau social, ce qui l'aide à modifier son rythme de vie. Marie-Pierre mentionne que, pendant qu'elle est à Montréal, elle veut en profiter pour sortir, mais elle n'est pas sûre si elle va consommer ou non. Elle

ajoute ne pas vouloir couper complètement les liens avec son monde de Montréal. Son nouveau réseau de Trois-Rivières n'est pas associé à la fête, il est donc plus facile pour Marie-Pierre de refuser de sortir dans ce contexte, ce qui lui donne de l'assurance face à ses capacités. Elle semble toutefois opter pour la réduction des méfaits en se permettant d'aller dans les *after hour* lorsqu'elle se retrouve à Montréal. Elle se situe donc dans l'*action* selon une optique de réduction des méfaits, vision que prône le CSSS où la psychothérapeute effectue son internat.

Marie-Pierre mentionne ensuite vouloir poursuivre son suivi au CSSS à Montréal avec l'interne en psychologie. Cette dernière explique alors à la cliente pourquoi il lui est préférable d'être référée dans sa nouvelle région. La cliente répond : « J'vais avoir d'la misère à aller voir un autre psy, avec toi, c'tait correct! ». Elle en comprend toutefois la logique et accepte que sa psychologue transfère son dossier. Le bilan des rencontres est ensuite effectué.

C'est ainsi que se termine la psychothérapie avec Marie-Pierre qui s'est proménée dans divers stades de changement du modèle de Prochaska et Diclemente. Selon ce que sa thérapeute a pu constater, elle est partie du stade de la contemplation, pour reculer à la précontemplation, pour ensuite cheminer à la contemplation, préparation, pour finalement passer à l'action. Son passage à l'action ayant impliqué un déménagement, il est difficile de savoir si la cliente se serait investie d'une manière plus régulière en thérapie en étant dans le stade de l'action, ce qui aurait été très intéressant à analyser. Il est tout de même possible de constater que lorsque Marie-Pierre se situe au stade de la précontemplation et de la contemplation, elle se

présente en thérapie de manière très discontinue. Par la suite, lorsqu'elle se situe au stade de changement qu'est la préparation, elle se présente d'une manière plus continue aux rencontres.

Marie-Pierre a donc vacillé dans les stades de changement en avançant et reculant. Avec la distance, il est facile de penser que ce type de processus est normal et attendu avec des personnes présentant des personnalités fragiles et impulsives, comme Marie-Pierre qui a possiblement un trouble de la personnalité limite. Comme Prochaska et al. (1995) le mentionnaient, la rechute est la règle et non l'exception, ce qui nous semble particulièrement vrai avec ce type de personnalité.

Le cas de Steve, rencontré à vingt-cinq reprises

Le troisième et dernier client rapporté afin d'appliquer le modèle de changement de Prochaska et Diclemente est Steve, un jeune homme de 25 ans. Il a été rencontré à vingt-cinq reprises et s'est présenté au suivi psychothérapeutique de manière assidue, c'est-à-dire à toutes les semaines, sauf lorsqu'il avait des empêchements, et à ce moment, il appelait sa thérapeute pour l'en aviser. Plusieurs problématiques ont été travaillées avec Steve et permettent d'illustrer le modèle de Prochaska et Diclemente, ce qui sera davantage expliqué plus bas. Nous les nommons ici brièvement. Notons d'abord ses problèmes interpersonnels, ce qui comprend ses problèmes relationnels avec les filles ainsi que son agressivité face à autrui. À ce niveau, Steve est graduellement passé du stade de la précontemplation à l'action. Le désir du client

d'avoir un rythme de vie comme tout le monde, c'est-à-dire aller à l'école, avoir un travail, etc. a également été travaillé. Au début des rencontres, il se situait au stade de l'action à ce sujet, puis a reculé à la précontemplation, pour aller à la contemplation, la préparation et rechuter à la contemplation. Le tabagisme a été un autre aspect exploré en thérapie, et à ce sujet, le client est passé de la contemplation à l'action, sans que la préparation n'ait été abordée dans les rencontres, pour rechuter à la contemplation. Au niveau de la consommation de SPA et d'alcool, Steve s'est situé, tout au long du suivi, au stade du maintien.

Regardons ici quelques éléments de l'histoire de ce client, selon les éléments mentionnés dans la synthèse des dossiers de l'auteure de cet essai présenté au chapitre trois. Steve est né à l'extérieur de Montréal. Sa mère est québécoise et son père est libanais. Il s'agit d'un client qui n'a pas terminé son secondaire V, qui ne consomme plus de drogue ni d'alcool. Auparavant, Steve fumait beaucoup de cannabis, buvait à l'occasion, ce qui le poussait à fumer un joint de marijuana et consommait aussi parfois des benzodiazépines. À propos de la consommation, il assiste aux rencontres des NA plusieurs fois par semaine pour s'aider à demeurer abstinents de SPA. Au début des rencontres, Steve fumait un paquet de cigarettes par jour. Au niveau du revenu, Steve est prestataire de l'aide sociale. Lorsque les rencontres avec l'interne en psychologie ont débuté, il avait également un emploi à temps partiel dans le cadre d'un programme de réinsertion, mais il a été mis à la porte en cours de route.

Sur le plan familial, Steve a un frère avec lequel il a un bon lien. Il entretient également une bonne relation avec sa mère, mais n'est plus en contact avec son père puisque ce dernier rejette ses fils. Sur le plan du logement, Steve demeure dans une habitation à loyer modique. Par le passé, il a demeuré dans plusieurs ressources d'hébergement et il en a souvent été mis à la porte vu son agressivité.

En ce qui concerne l'état de santé mentale, Steve a un diagnostic de trouble affectif bipolaire, ainsi que plusieurs éléments d'un trouble anxieux. Il est d'ailleurs médicamenteux pour ces problématiques et assiste à des groupes de soutien et des groupes de thérapie pour personnes ayant diverses problématiques en santé mentale. Au total, en incluant les rencontres des NA, celles pour ses problèmes en santé mentale, ainsi que son suivi individuel avec l'auteure de cet essai, Steve passe une trentaine d'heures par semaine à « s'introspecter », terme qu'il utilise.

Comme un suivi continu de vingt-cinq rencontres a eu lieu avec le client, afin de ne pas alourdir la lecture, elles seront décrites sommairement, en prenant soin de n'élaborer que sur les rencontres pouvant éclairer le lecteur sur l'évolution dans les divers stades de Prochaska et Diclemente. Dans un premier temps, regardons les attentes de Steve par rapport à la thérapie, sujet qui a été abordé à la première rencontre. « J'me demande si c'est vrai que j'ai un trouble de personnalité limite pis si j'suis dépendant affectif. J'vis beaucoup d'anxiété et j'ai beaucoup de préoccupations. (...) J'ai peur des maladies, d'échouer ma vie, l'argent, j'ai des attentes élevées pis après, j'me tape sua tête. (...) J'suis aussi bipolaire pis j'aimerais ça que mon hypomanie diminue. (...) J'aimerais ça pogner avec les filles, là, j'suis

célibataire depuis 4 ans pis j'commence à être écœuré. Ça fait 4 ans qu'j'ai pas eu d'blonde pis qu'j'ai pas baisé! En fait, j'ai un problème avec les filles, elles m'font chier. (...) J'voudrais aussi retourner finir mon secondaire 5. (...) Ça fait deux ans que j'ai pas consommé. J'prenais pas mal de pot, d'la bière pis des benzo des fois. J'peux pas prendre de bière non plus parce ça m'donne trop envie de fumer du pot. (...) J'aimerais ça travailler en travail social ou en éducation spécialisée, mais y manque la motivation et la volonté. »

Par les verbalisations de Steve, il est possible de voir qu'il a beaucoup d'attentes par rapport à la thérapie. Certaines de ses demandes sont plus concrètes que d'autres, comme lorsqu'il mentionne qu'il aimerait voir diminuer son hypomanie, mais il les formule de manière passive « j'aimerais ça que mon hypomanie diminue », comparativement à « j'aimerais apprendre comment gérer mon hypomanie », ce qui est un exemple plus actif. Il est en mesure de dire comment il se sent, mais ne dit pas concrètement comment il voudrait que la thérapie l'aide.

Steve a une conscience élevée de ce qu'il vit et ressent des émotions face à son problème avec les filles et il va se chercher des relations aidantes, il se situe donc dans le stade de la *contemplation* à ce sujet. En ce qui concerne sa consommation de marijuana et d'alcool, il se situe au stade de *maintien*, selon une optique d'abstinence totale. De plus, il a des plans pour le futur, mais ne se sent pas prêt à les mettre en action. En ce qui concerne son désir d'avoir un rythme de vie « comme tout le monde », expression qu'il utilise souvent, Steve se situe au stade de l'*action* puisqu'il a un travail lors de cette première rencontre. Quoiqu'il mentionne, lors de la seconde

rencontre « J'suis frustré d'pas avoir une vie normale. » et il spécifie son désir d'être comme tout le monde, ce qui signifie pour lui avoir terminé l'école, avoir un travail assez payant, ne pas vivre du bien-être social (BES), etc.

Lors de la deuxième rencontre ressort un autre thème qui a particulièrement été travaillé en thérapie avec Steve, soit sa frustration et son agressivité envers les autres, ce qui rend ses relations interpersonnelles difficiles. Lors de cette rencontre, Steve mentionne « Moi, j'fais pas mes étapes des AA, j'ai pas besoin de ça [d'un air supérieur] (...) J'tanné d'être frustré contre les autres. » Tout au long du suivi, il arrive souvent que le discours de Steve soit teinté de narcissisme. Il semble avoir besoin de se répéter qu'il est meilleur que les autres pour ne pas entrer en contact avec des affects plus dépressifs davantage reliés à un sentiment de ne pas être à la hauteur. À cette deuxième rencontre, le client connecte à ses affects, mais il n'est toutefois pas à la recherche de moyens actifs pour diminuer sa frustration face aux autres, nous pensons donc qu'il se situe au stade de la *précontemplation*, se rapprochant de la contemplation.

Lors de la quatrième rencontre, le client et l'interne en psychologie parlent de la relation aux femmes du client. Steve mentionne alors « J'veux une fille qui me r'semble, qui se connaît. Mais j'arrive pas à donner mon numéro de téléphone, j'veux pas avoir de refus. Pis j'ai peur de faire une rechute. J'ai fait beaucoup de travail sur moi depuis 2 ans, j'voudrais pas rechuter parce qu'une fille m'a refusé. » Il parle ensuite de son travail où étudient de jeunes femmes universitaires « Ya des filles universitaires et moi, je suis concierge. Cé moi qui devrais étudier pendant que

les filles lèchent le plancher! (...) C'est pas de ma faute si j'y pense de même, c'est à cause de mon père qu'yé libanais! » Cette dernière remarque illustre un des paradoxes du client puisqu'il répète souvent à quel point son père n'a pas été présent dans son éducation alors qu'il s'excuse à l'occasion de ces agissements par l'éducation reçue de son père. Au sujet de sa relation aux femmes, le client est conscient d'avoir un problème, mais il n'est pas prêt à changer et se donne de bonnes raisons pour ne pas y toucher, ce qui illustre bien la rationalisation. De plus, il se déresponsabilise de ses pensées agressives en disant que c'est à cause de son père. Ainsi, il ne peut agir là-dessus et se retrouve dans de la victimisation. Les mécanismes de défense qu'il utilise ici se retrouvent lors du stade de la *précontemplation*.

Suite à une confrontation par la thérapeute, Steve lui mentionne : « Moi, quand j'suis contrarié, j'sacre mon camp. J'ai fait ça plusieurs fois en psychothérapie avant. » Elle lui suggère alors de nommer les choses qui pourraient le contrarier au fur et à mesure dans leur relation plutôt que de « sacrer son camp » afin qu'ils puissent regarder cela ensemble, puisqu'en effet, cela risque d'arriver. En agissant ainsi, elle lui donne des moyens alternatifs, soit de nommer ses frustrations plutôt que de les agir (en faisant des *acting out*), ce qui pourra l'aider dans sa progression dans les stades de Prochaska et Diclemente.

De plus, au cours de cette rencontre, Steve aborde un autre problème « La cigarette m'inquiète, à cause du cancer. Quand j'sors une cig, j'me dis que j'suis en train d'me suicider. Pendant qu'j'a fume, j'suis content, pis après, j'me dis qu'y faut qu'j'arrête. J'pense que j'fume pour soulager mon anxiété. » Ses inquiétudes au sujet

de sa santé sont très grandes et le stimulent à vouloir cesser de fumer. De plus il est en mesure d'identifier une raison secondaire pour laquelle il fume, soit soulager son anxiété. Il se situe donc au stade de la *contemplation* à l'égard de la cigarette.

Steve annonce à sa thérapeute qu'il s'est fait mettre à la porte de son travail lors de la cinquième rencontre. Il mentionne alors : « J'suis tanné de travailler sur moi, j'ai l'impression que j'suis le seul pas normal sur la terre, le seul à souffrir de même. (...) Plusieurs personnes avec le bagage que j'ai se seraient suicidées. » Il semble alors se donner des raisons pour ne plus avoir à avancer dans son cheminement puisque cela lui exige beaucoup d'efforts. Il ne se trouve donc plus dans l'action en ce qui concerne son désir d'avoir un rythme de vie comme tout le monde. Il est possiblement au stade de la *précontemplation*.

À la sixième rencontre, Steve mentionne « J'ai arrêté de fumer la cigarette y'a 4 jours. J't'ais tanné d'être malade, d'avoir des reflux gastriques, de gaspiller 150 piastres par mois. Le 1^{er} du mois, quand j'avais avoir mon chèque, j'avais aller acheter du linge avec c't'argent là. J'applique la même chose pour la drogue que pour la *smoke*. Depuis qu'j'ai arrêté, j'ai pu de reflux gastrique. J'suis super motivé! Pis j'fais plus de meeting. (...) Y'a beaucoup de positif dans ma vie, j'me sens comme en vacances. J'avais au cinéma, j'me promène au centre-ville, pis j'aimerais ça r'commencer le sport. » Au niveau des stades de changement, Steve se situe dans l'*action*. Il utilise plusieurs processus de changement que l'on retrouve à ce stade. Il est conscient de son problème et en vit les émotions, il se sert de la libération sociale, est en mesure d'évaluer la situation, il exerce le contrôle environnemental et il

prévoit se faire des récompenses pour l'arrêt de la cigarette, ce qui favorise le maintien de son action. Il voit également les avantages à son geste, ce qui le motive. Il se donne des objectifs réalistes à court terme, comme le sport et suit les mêmes étapes que pour les NA. En assistant davantage aux meetings, il se sert des relations aidantes. Toutefois, son stade de préparation pour arrêter de fumer la cigarette n'a pas été abordé en thérapie. L'a-t'il fait de son côté?

En ce qui touche sa consommation de SPA, Steve se situe toujours au stade de *maintien* puisque cela représente continuellement une menace pour lui. « Pour moi, c'est pas possible de reprendre une bière. J's'rais trop malheureux, j'aurais envie de pot. J'vois pas pourquoi je boirais, j'ai les idées ben plus claires là. Les gens qui ne sont pas dans les NA ne peuvent pas comprendre mon problème, ils pensent que je peux boire une bière, moi j'sais que j'vais refumer du pot si j'bois. »

À la huitième rencontre, Steve mentionne « J'voudrais retourner à l'école, mais j'ai peur d'échouer. J'ai besoin d'un but, de savoir ce que j'veux faire après. » Sa thérapeute lui demande alors « As-tu des idées? » Ce à quoi il répond « J'pourrais être auxiliaire social et familial à domicile. J'sais qu'j'suis égoïste et narcissique, mais en d'dans d'moi, y'a autre chose. » La peur de l'échec semble ici inhiber son action, ce qu'il reconnaît. Le client est conscient de son problème, il en vit les émotions associées, il évalue ce que pourrait être sa situation s'il s'activait et il recherche de l'aide, ce qui correspond au processus de changement du stade de la *contemplation*.

Lors de la neuvième rencontre, Steve est toujours dans l'action en ce qui concerne son arrêt du tabagisme. À la fin de la dixième rencontre, après qu'ils aient discuté de la vision de Steve qui se sent toujours en compétition face à autrui, il mentionne : « J'me suis senti un peu confronté aujourd'hui, mais c'est correct, j'ai vécu pire que ça dans d'autres thérapies en désintox. » Sa thérapeute lui répond alors : « Et si on ne compare pas, j'aimerais ça que tu me le dises si ça te met mal à l'aise, même si t'as déjà vécu pire. » Ce à quoi Steve réplique « Non non, c'est correct, j'ai besoin de ça. J'ai avancé au max dans une des sphères de ma vie [l'introspection], maintenant, faut que j'avance dans les autres [relations interpersonnelles]. (...) J'te trouve plus structurée qu'à l'autre CLSC. Tu prends des notes...C'est bien! » À ce moment là, c'est la première fois que le client nomme son désir de travailler ses relations interpersonnelles, ce qui marque son passage à la *contemplation*.

Lors de la onzième rencontre, Steve mentionne : « À chaque semaine, j'vois une différence sur moi, j'suis plus calme, plus mature. (...) J'voulais te dire, quand j'vais au meeting, j'leur dis comment j'me suis senti avec toi et ça leur fait faire des prises de conscience. » Ces propos laissent croire que les *insights* de Steve sur lui-même se répercutent dans sa vie même s'il n'y travaille pas directement. De plus, le fait qu'il prenne la peine de le nommer à sa thérapeute parle du lien de confiance qui se solidifie. Nous notons également que Steve est un client pour qui il est facile de demeurer longtemps dans la contemplation, à vouloir bien cerner le problème avant d'agir dessus, ce qui est illustré à la douzième séance lorsqu'il dit « J'continue à travailler sur moi. J'suis toujours dans ma tête avec les rencontres pour bipolaires, les NA et ici. »

Lors de la treizième rencontre, Steve apprend à sa thérapeute que ses rencontres pour les personnes bipolaires sont terminées et qu'il vient de commencer des rencontres quotidiennes dans un centre de jour en santé mentale. « Ils vont m'aider à retourner à l'école pour finir mon secondaire 5, mais j'veux attendre que ma médication soit stabilisée avant. » Cette grande recherche des relations aidantes chez Steve permet de penser qu'il a de la difficulté à gérer ses émotions et attendre la thérapie pour les exprimer. Il doit ventiler sur-le-champ et c'est d'ailleurs pour cela qu'il appelle les lignes d'entraide et d'écoute presque à tous les jours. Au sujet de l'école, il se cherche des ressources pour s'aider à y retourner et il se fixe des objectifs à atteindre avant son retour en classe sur lesquels il n'a pas le contrôle. Il se situe alors, à notre avis, au stade de la *contemplation* et avance vers la préparation.

Une autre problématique qui a été grandement travaillée avec Steve est son anxiété. À ce propos, la thérapeute a, à plusieurs reprises, fait faire des exercices de relaxation à son client. Au cours de cette rencontre, le client dit : « J'me fais souvent dire que je suis introspectif. J'ai beaucoup de cheminement et j'm'en fais moins avec les petits détails. Plus j'te vois, plus j'fais des progrès. J'me sens mieux, plus équilibré. » Ses propos laissent voir qu'il s'identifie beaucoup à son côté introspectif et lorsqu'il se le fait dire, cela peut représenter pour lui le fruit de ses efforts quotidiens. De plus, ses verbalisations permettent de penser que son anxiété diminue. En se penchant sur les processus de changement, il est possible de voir que la conscience de sa problématique d'anxiété est là, il en vit les répercussions émotionnelles, il est en mesure d'évaluer sa situation et se cherche des situations

aidantes, à ce sujet, il se situe au stade de la *contemplation*, probablement près de la préparation.

Au cours de la quatorzième rencontre, la psychothérapeute reflète au client qu'il travaille beaucoup sur lui. À cela il répond : « J'vais pas à l'école 30 h/sem ou j'travaille pas 30h/sem, j'fais donc de l'introspection 30h/sem. Depuis 3 semaines j'fais plus de meeting parce que ça va moins bien. C'est le sens de ma vie de travailler sur moi. Ça fait du poids face aux autres! J'travaille pas, mais j'me pogne pas le cul! » Cette image de lui-même comme une personne introspective qui doit comprendre le pourquoi de son état fait en sorte que sa conscience face à ses diverses problématiques est très grande, mais rarement assez pour se mettre en action. Il est facile, avec ce genre de client, de demeurer dans la contemplation chronique. Lors de cette même rencontre, il reparle de sa scolarité : « En c'moment, j'trouve que mon état de santé é pas assez stable pour retourner à l'école. » Steve qui était très motivé à retourner à l'école, se sent de moins en moins prêt à mesure que le moment approche puisque sa peur de l'échec augmente, ce qui rend difficile son passage de la contemplation à la préparation.

Steve passe au stade de la *préparation* lors de la quinzième rencontre en ce qui concerne son désir d'avoir un rythme de vie « comme tout le monde ». Il verbalise : « J'pense que je serai assez stable en septembre pour aller à l'école (...) Depuis que j'te vois, j'en ai fait du cheminement! (...) C'est l'fun les meetings, là, faudrait que j'passe à l'action! » L'interne en psychologie et son client parlent alors de l'importance de mettre en action les réalisations qu'il fait lorsqu'il s'introspecte. Il

réalise que le fruit de ses réflexions doit se répercuter dans ses actions concrètes. À ce point de la thérapie, Steve est en mesure d'évaluer sa situation et il s'engage vers l'action, ce qui nous permet de croire qu'il entre en *préparation*.

À la seizième rencontre, Steve se situe toujours dans le *maintien* pour ce qui est de son abstinence de consommation de SPA. « Le mode de la consommation ne m'attire pas. J'voudrais pas d'amis qui consomment, même de temps en temps. » Ses verbalisations permettent de voir qu'il exerce le contrôle environnemental, ce qui fait qu'il ne côtoie que des ex consommateurs.

Lorsque l'interne en psychologie et Steve se rencontrent pour la dix-septième fois, une des verbalisations du client est : « Quand je sors de nos rencontres, je repense à ce qu'on s'est dit et j'me dis qu'il faut que j'fasse quelque chose de ma vie [sur un air coupable]. (...) J'suis plus prêt à travailler sur moi pis à changer qu'avant. » Son discours laisse voir que la conscientisation se poursuit et que Steve se prépare à la mise en action de ses réalisations. Au cours de la rencontre, après que la thérapeute ait confronté son client, celui-ci mentionne, sur un ton méprisant : « À force de faire de la thérapie, est-ce que j'vais voir des changements? En trois mois, j'vois des petits changements, mais rien de majeur. » Ses propos montrent que Steve devient sur la défensive lorsqu'il est confronté à une autre façon de voir la réalité que la sienne. Il attaque alors l'autre, et dans ce cas-ci, il s'attaque au processus thérapeutique, reflétant, à notre avis, une certaine ambivalence face à cela. Parfois, il dit changer et réaliser beaucoup de choses via la thérapie, alors que d'autres fois, il se

demande ce que ça lui apporte. L'ambivalence, qui peut se produire à la *préparation*, est toujours présente.

À partir de la dix-huitième rencontre, la fin du suivi thérapeutique commence à être abordée par le client. Il reste alors deux mois au suivi puisque l'interne terminera son stage. Steve laisse savoir qu'il n'a pas de problème à changer de thérapeute, mais qu'il préfère ce suivi aux autres processus introspectifs qu'il mène. Lors de la dix-neuvième séance, la psychothérapeute et son client parlent des rencontres de Steve au centre de jour qui se terminent cette semaine, mais voilà qu'il n'y va plus depuis une semaine. Ils regardent comment le client bousille les fins de processus, ce que sa thérapeute lui reflète. Steve lui réplique : « Tu viens toujours me pogner dans le coin! Avant, tu m'aurais parlé comme ça, j'aurais crissé mon camp. Tu testes ma tolérance. (...) En botchant les fins, cé comme si je m'auto-mutile. » Les propos de Steve laissent voir qu'il s'ouvre de plus en plus à ce que sa psychologue le remette en question. Il verbalise ses frustrations plutôt que de réagir agressivement. Il ne se permet pas de vivre des réussites, il les bousille avant, ce qui le renforce dans son idée qu'il doit être plus loin dans son cheminement introspectif pour entreprendre des démarches actives. Au niveau des stades de changements de Prochaska et Diclemente, Steve prend conscience du problème, il permet à sa thérapeute de l'aider, même si elle le confronte et il réagit en verbalisant ce qu'il vit plutôt que d'être agressif, tout cela amenant l'auteure à penser que, dans leur relation, il passe à l'*action*.

Au cours de la vingtième rencontre, Steve, qui voulait retourner à l'école en septembre, dit ne plus être motivé. « Pour l'instant, j'ai juste l'énergie pour pas fumer [le pot et la cigarette]. C'est dur pour moi d'pas consommer. Juste ça, ça me demande tout mon jus. » Selon l'auteure de cet essai, le moment de retourner à l'école approche, ce qui augmente sa peur de l'échec et diminue sa motivation à y retourner. Cette anxiété fait possiblement augmenter son envie de consommer. Son abstinence monopolise toute son énergie et l'empêche de progresser dans les autres sphères de sa vie qu'il aimerait voir bouger. Au sujet des stades de changements de Prochaska et Diclemente, il recule à la *contemplation* en rationalisant des raisons pour ne pas retourner à l'école.

Dans cette même séance, la thérapeute confronte Steve, qui demeure abstinent à l'égard de la cigarette, face à sa vision du tabagisme. Elle lui amène l'idée qu'il a du pouvoir dans sa vie et a le libre arbitre de faire des choix même si c'est parfois très difficile, plutôt que de voir son lieu de contrôle externe à lui (il se dit contrôlé par la cigarette). Le client devient alors bien agressif et parle très fort. Après quelques échanges, Steve se calme. « J'm'excuse, j'avais pas pogner les nerfs de même après toi ». L'interne en psychologie lui répond : « Tu sais Steve, ce qui se passe ici est à mes yeux le reflet de ce qui doit se passer dans tes relations. Comment réagis-tu quand quelqu'un te dit quelque chose avec quoi t'es pas d'accord? » Steve de renchérir : « J'pogne les nerfs! » Sa thérapeute lui répond : « Ça serait intéressant de regarder quelles répercussions ça a sur les autres. Ça a sûrement un lien avec le fait que c'est pas facile de te faire des amis. » Ce à quoi Steve réplique : « Ouais, c'est pas mal vrai... » Lorsqu'il s'excuse, il est possible que cela soit dans un effort de

réparation de son agressivité. Par la suite, l'interne en psychologie désire transposer ce qui vient de se passer pour voir quels liens peuvent être faits avec son vécu quotidien et sa difficulté à se faire des amis. Dans cet extrait de thérapie, le client prend conscience de son agressivité et de ses répercussions, il peut évaluer ses torts en s'excusant et il accepte de l'aide pour changer sa situation, se situant, à notre avis, au stade de la *préparation*.

Pour la vingt et unième rencontre, nous avons cru bon de vous présenter les extraits sous forme de dialogue. Le « C » est alors utilisé pour désigner le client et le « T » pour la thérapeute.

C : « J'suis plus gêné de parler de sexualité avec une femme qu'avec un homme. C'est le rôle d'un homme de parler de ça. C'est le rôle d'un homme d'éduquer son fils à la sexualité. » (Il dit cela d'une manière très catégorique.)

T : « C'est ta façon de voir l'éducation sexuelle... »

C : « Non, c'est pas rienk ma manière, c'est le rôle d'un homme, c'est comme ça! J'ai lu ça un m'ment né! »

T : « C'est bien vrai qu'un auteur a pu écrire cela, mais un autre auteur peut en penser autre chose et c'est la perception que tu as maintenant, que c'est le rôle d'un homme. » (Steve semble s'énervé.) T : « Qu'est ce qui se passe? »

C : (sur un ton très agressif) « Tu me cherches? Ça m'rend agressif! »

Ils regardent alors comment Steve réagit lorsqu'il se sent critiqué. Il se dit alors que l'autre est un « trou de cul ».

C : « J'suis toujours sur la défensive, c'est mon orgueil. (...) Mon estime de moi est pas forte, c'est vrai. Faux-tu que j'me mette à genoux pis que j'pleure? »

T : « Qu'est ce qui se passe en ce moment? »

C : « Ça réveille toute ma sensibilité pis ça m'met en colère! »

T : « Ça s'peux-tu que ta colère t'empêche de ressentir le fait qu'au fond, tu te sentes parfois pas à la hauteur, ce qui te ferait sentir triste? »

C : « Ouais... Depuis quelques rencontres, on rentre plus profond ici, cé rochant. Ça m'met en criss, ça m'fais mal, mais j'me dis qu'ça doit m'aider à cheminer. » (...)

« J'pourrais pas être psy moi! »

T : « Ah non, pourquoi? »

C : « Si quelqu'un saute sa coche... »

T : « Est-ce que ça t'arrives d'avoir peur de tes réactions? »

C : « Ça m'fait peur quand j'réagis comme tantôt, quand j't'ai dis cherche-moi pas. »

Dans ce dialogue, la thérapeute tente d'amener le client à voir qu'il existe des nuances. Toutefois, il aurait sûrement été plus pertinent et compréhensif que la thérapeute réagisse autrement. Lorsque le client mentionne qu'il est le rôle d'un homme d'éduquer son fils à la sexualité, elle aurait pu lui répondre : « Tu aurais aimé que ton père fasse ton éducation sexuelle... » La réponse donné par l'interne en psychologie a toutefois amené le client à se sentir attaqué, défensif et agressif. La psychothérapeute désire ensuite qu'il prenne conscience de ses défenses lorsqu'il se sent critiqué et lui reflète que, pour protéger sa perception, il diminue alors celle de l'autre en se disant qu'il est un « trou de cul », ainsi Steve n'a pas à remettre sa perception en question. Une fois qu'il reconnaît être sur la défensive, il en rajoute et tourne cela au dérisoire, évitant ainsi l'affect dépressif. Vers la fin de ce dialogue, Steve semble réaliser que ses réactions peuvent avoir un effet sur l'autre, il vit les

émotions rattachées, accepte de l'aide et arrive à une certaine auto-évaluation, ce qui correspond au stade de la *préparation*, mais l'ambivalence est toujours présente.

Vers la fin de cette rencontre, Steve demande : « À quoi ça sert c'qu'on fait ici. J'vois pas de différence! » Sa thérapeute lui demande alors : « Dis-moi plutôt pourquoi tu viens ici à toutes les semaines? » Ce à quoi Steve répond : « Ben, j'me sens un peu moins anxieux qu'avant pis mon anxiété dure moins longtemps. (...) Ça va bientôt finir hein le suivi? » L'interne lui dit : « Oui, dans moins d'un mois. Comment tu trouves ça? » Et Steve de répliquer : « Ben, j'm'étais habitué à toi. J'aimerais mieux continuer avec toi. » Son ambivalence ressort face à tout ce que vient remuer la thérapie et les changements qui ne vont pas assez rapidement à son goût. Il est également possible que le client veule piquer sa thérapeute vu la fin du suivi qui approche. Peut-être essaie-t-il également de se convaincre que le suivi ne lui est pas utile puisqu'il tire à sa fin, ainsi, le deuil en sera plus facile.

La vingt-deuxième rencontre se déroule dans le même sens. Il est toujours au stade de la *préparation* en ce qui a trait à ses réactions agressives puisqu'il accepte l'aide de sa thérapeute pour augmenter son champ de conscience et il se trouve des stratégies alternatives pour réagir. De plus, au cours de la thérapie, il lui arrive de se situer au stade de l'*action* puisqu'il parvient parfois à nommer à sa psychothérapeute son désaccord plutôt que de réagir agressivement, ce qui se produit au cours de cette rencontre.

La vingt-troisième rencontre, qui a été très chargée et permet d'illustrer le modèle de Prochaska et Diclemente, est aussi présentée sous forme de dialogue.

C : « (...) J'suis frustré! Pourquoi moé j'peux pas boire ni fumer. J'suis pas une tapette! (...) Un bar, cé un endroit pour boire, cruiser, fourrer, se battre pis rien d'autre! (...) J'ai recommencé la cigarette y'a 4 jours. » (après 5 mois d'abstinence)

T : « Comment tu te sens par rapport à ça? »

C : « Cé ben correct! J'tais tanné de voir le monde fumer pis boire. Là, j'ai recommencé à fumer la cigarette. C'tait trop le calvaire! Au moins, j'prends pas d'droque. »

T : « Cé vrai, mais comment tu te sens d'avoir recommencé à fumer? »

C : « J'me sens comme un trou de cul. J'suis un épais! (Puis il se met à en mettre beaucoup et exagérer.) »

T : (En sentant que le client a l'impression qu'elle essaie de le convaincre d'arrêter de fumer) « Moi, j'm'en fous que t'arrête de fumer ou pas... » Steve la coupe.

C : « Cé ça, tu t'en fous de moi, tu fais ton stage, pis tu t'en crisses du reste, après cé fini! ... » (il s'énervé beaucoup)

T : « J'm'excuse. J'ai fait un ben mauvais choix de vocabulaire. Cé mon erreur. C'que j'veux dire, cé que j'veux pas te convaincre de pas fumer. J'veux qu'tu t'sentes mieux dans ta peau pis j'veux regarder avec toi comment tu te sens face à ça. Après, si tu choisis de continuer, cé ta décision. »

C : « Moi, j'me crisse des autres au fond. »

La thérapeute et Steve regardent ce que le « j'men fou » a éveillé en lui.

C : « J'me suis senti rejeté par ma mère pis mon père. Ils s'en foutaient de c'que j'faisais » (Il a les larmes aux yeux pour la 1^{ère} fois.) (...) « La psychologie, ça sert à rien, cé mon ami qui m'a dit ça. »

T : « Qu'est ce qui fait que tu me dis ça là? »

C : « J't'en train de perdre espoir. J'rechute, j'change pas. (...) Pis j'tanné d'être dans mes bibittes.»

À ce point de la thérapie, il reste deux rencontres, ce que le client sait depuis plusieurs semaines. Il rechute en ce qui a trait au tabagisme. Ressent-il le besoin de se présenter « mal en point » pour montrer qu'il a encore besoin de service? Essaie-t-il de se convaincre que la thérapie ne l'a pas aidé pour en faciliter le deuil? La fin des séances avec l'interne en psychologie qui se sont échelonnées sur sept mois présente-t-elle une source d'anxiété qui a contribué à la rechute du client qui fume, en partie, pour soulager son anxiété? Il est également possible que la fin prochaine de la thérapie ne soit pas un facteur en cause et que sa rechute résulte d'une accumulation de facteurs de stress dans sa vie. Quoi qu'il en soit, Steve minimise sa rechute afin de ne pas ressentir la culpabilité qui y est associée, il connecte tout de même à sa déception et il s'évalue négativement, laissant croire qu'il retourne au stade de la *contemplation* pour l'arrêt du tabagisme.

Lors de l'avant dernière rencontre, Steve est toujours au stade de la *préparation* face à ses réactions agressives. Il mentionne d'ailleurs : « (...) Comment tu veux que j'me fasse des amis agressif de même? » Cette rencontre en est une autre où beaucoup d'affects ont été remués. Regardons le dialogue.

C : « (...) Toi, t'es [rien qu']une stagiaire, t'as moins d'expérience (d'un air arrogant). Les plus expérimentés font moins de gaffes, j'aime mieux ça! »

Ils reviennent alors sur la gaffe, le « J'men fous », de la semaine précédente.

T : « Qu'est ce que ça te fait que je m'en aille? »

C : « Ça m'fâche, j'aurais voulu continuer avec toi. »

T : « Cé drôle, d'un côté tu me dis que t'aimerais mieux continuer avec moi, de l'autre, tu me dis que t'aimes mieux être en thérapie avec des psy expérimentés. Ça s'peux-tu que t'aïlles envie de me piquer un peu parce que j'm'en va? »

C : « Cé possible. J'm'excuse (...) Moi, j'pourrais pas être psy. »

T : « Comment penses-tu que j'peux me sentir quand tu me dis t'es rien qu'une stagiaire? »

C : (sur un ton mal à l'aise) « Inférieure... ».

T : « Cé la 1^{ère} fois que j'te dis comment j'peux me sentir parce que j'pense que c'est important que tu prennes conscience que j'suis aussi un être humain avant d'être une psy. En plus, comment j'peux me sentir, ça parle aussi de comment les personnes que tu rencontres peuvent se sentir avec toi, ça influence tes relations. »

C : « Cé vrai que les autres peuvent se sentir inférieur avec moi...J'me sens mal de t'avoir dit ça. »

T : « Tu sais, cé mon rôle de te faire prendre conscience de cela. »

C : « Ouais...mais faudrait que j'apprenne à faire attention à c'que j'dis aux autres.

Faudrait que j'commence à apprendre à prendre soin des autres. »

À ce moment, le client est connecté à ses émotions, son champ de conscience augmente, il est en mesure de s'évaluer et se donne un objectif, prendre soin des autres, ce qui représente bien le stade de la *préparation*.

Lors de la dernière séance, Steve se présente avec dix minutes de retard. Sa thérapeute le questionne : « Qu'est ce que ça te fait que ce soit notre dernière rencontre? », ce à quoi il répond d'un air détaché : « Ça m'dérange pas, j'en ai vu d'autre! » Ils font ensuite le bilan des rencontres et à la fin, Steve part, comme à toutes les rencontres, sans dire merci, ni d'au revoir particulier. Il est possible de penser que le client ne se permet pas d'entrer en contact avec ses affects afin de faciliter la fin de cette relation, ce qui aurait dû être vérifié. De plus, pour Steve, il peut s'agir d'une expérience répétitive où le lien d'attachement se brise. En effet, le client a connu la coupure du lien avec son père, ce qui a pu amener chez lui des difficultés à s'attacher et explique ce détachement à l'égard de l'arrêt du suivi.

Tout comme Marie-Pierre, Steve a également vacillé dans les stades de changement de Prochaska et Diclemente en avançant et en reculant selon les divers aspects travaillés avec lui en thérapie. Vu sa maladie affective bipolaire, il présente également une personnalité fragile dans une dynamique pré-psychotique ce qui explique cette oscillation dans les divers stades. De plus, il est frappant de constater que pour certaines problématiques, Steve peut se situer à un stade de changement, et être à un autre niveau pour une autre problématique pourtant reliée. En effet, la dynamique de Steve l'amène à percevoir la réalité d'une manière compartimentée. L'on pourrait croire que, lorsqu'il avance dans une sphère, il transposera ses

connaissances dans une autre sphère, mais cela n'est pas le cas pour lui puisque les contenus diffèrent. Par exemple, dans la relation avec sa thérapeute, Steve passe à l'action en ce qui concerne la diminution de son agressivité en nommant ses insatisfactions plutôt qu'en se fâchant impulsivement. Toutefois, dans ses relations quotidiennes avec les autres, il n'en était pas rendu là. Cela renforce l'idée que le modèle de Prochaska et Diclemente n'en est pas un linéaire mais plutôt en spirale et que la rechute est normale, particulièrement avec des personnes plus fragiles.

Trois études de cas clinique ont été présentées. Le chapitre qui suit aborde divers facteurs qui peuvent influencer la continuité du processus thérapeutique. Par la suite, nous reprenons les trois études cas et les comparons à la lumière du modèle de changement de Prochaska et Diclemente.

Chapitre sixième : Discussion

Après s'être penché sur les trois études de cas clinique mettant en lien l'assiduité au suivi psychologique et le modèle de changement de Prochaska et Diclemente, ce qui est grandement relié à la motivation des jeunes de la rue à changer certains aspects de leur vie où ils sont inconfortables, nous regardons, dans ce chapitre, quels autres facteurs ont pu être en jeu pour expliquer l'assiduité au processus thérapeutique. Pour ce faire, une analyse globale de toutes les demandes de suivi est effectuée afin de voir quelles constatations générales peuvent être retirées. Par la suite, nous comparons les trois études de cas exposées au chapitre 5 à la lumière du modèle de changement de Prochaska et Diclemente.

Divers facteurs influençant la continuité du suivi psychologique

En regardant sommairement les rencontres effectuées avec tous les clients rencontrés par l'auteure du présent essai au cours de son année d'internat, plusieurs constatations générales concernant l'assiduité à la thérapie peuvent être tirées. Ces différents facteurs, qui ont plutôt fait l'objet d'observations cliniques, n'ont pas été documentés de manière systématique par des recherches existantes. Sans enlever la valeur de ses observations, cela en limite la portée. Par ailleurs, l'auteure reprend dans cette partie les éléments de la synthèse des dossiers tels que présentés au chapitre trois et met ces éléments en lien avec le modèle de Prochaska et Diclemente

en vue de formuler des considérations générales liant les divers éléments à la continuité du processus thérapeutique.

Tout d'abord, en ce qui concerne les clients qui ne se sont présentés qu'à une rencontre, l'auteure réalise qu'il est difficile de déterminer à quel stade de changement se situent les clients. En effet, lors de la première rencontre, les jeunes se présentent sous leur « beau jour » en se montrant plutôt motivés à amener des modifications dans leur vie. De plus, la thérapeute n'a probablement pas été assez spécifique dans son questionnement touchant à la demande des clients, c'est-à-dire qu'elle n'a pas demandé de spécifier concrètement les attentes des jeunes de la rue à l'égard de la thérapie. Ainsi, elle aurait été en mesure de voir si les attentes étaient plutôt vagues et floues, ou concrètes et davantage mesurables.

Un facteur ayant influencé l'engagement dans le processus thérapeutique de certains clients est le fait que la psychothérapeute soit une stagiaire qui va quitter le CSSS à un moment déterminé. Par exemple, après qu'elle ait proposé à une cliente d'explorer certains éléments de son passé douloureux, ce qui avait beaucoup de répercussions dans son présent, la cliente a répondu : « Tu finis ton stage à la fin de l'été. J'veux pas commencer une démarche avec toi qu'on pourra pas finir. » Cette verbalisation pourrait être comprise comme une rationalisation justifiant le fait que la cliente ne désire pas s'ouvrir, ou encore, ces propos pourraient illustrer l'importance de la continuité du processus thérapeutique chez cette cliente afin de favoriser l'intimité psychologique. Ainsi, le fait d'être une stagiaire active plus fortement l'angoisse d'abandon chez certains clients, ce qui les amène à moins s'engager et à

moins se laisser-aller dans le processus thérapeutique, ce qui peut faire en sorte que leur assiduité aux rencontres est moins grande.

Un autre facteur influençant la discontinuité du processus thérapeutique est l'instabilité physique, ainsi, les clients qui se promènent d'une ressource d'hébergement à l'autre et qui dorment dans la rue, donc ceux qui sont plus instables physiquement, sont généralement moins assidus à leur rendez-vous. Ce qui n'est toutefois pas le cas pour tous. Prenons l'exemple d'un jeune homme de 24 ans qui est venu à huit rencontres de manière plutôt continue. Tout au long du suivi, il a demeuré dans deux ressources d'hébergement, a souvent dormi dans la rue et il a eu un appartement avec une copine. Le suivi avec lui s'est terminé drastiquement lorsqu'il a été incarcéré pour ses comportements délinquants, ce que la psychothérapeute a su après coup. En règle générale, il semble donc que les clients ayant une plus grande stabilité physique ont plus de facilité à se présenter d'une manière plus régulière au suivi. Il serait plus facile pour les jeunes vivant dans un appartement, ou encore, chez un membre de leur famille de s'investir dans la relation thérapeutique. Cela montre l'importance de veiller d'abord à ce que les besoins de base chez les jeunes de la rue, comme se nourrir, se loger, se vêtir, etc. soient comblés avant d'entreprendre une démarche thérapeutique plus approfondie, ce qui concorde avec la pyramide des besoins de Maslow (1972), quoique du travail plus ponctuel puisse être effectué avec des jeunes moins stabilisés.

Un autre facteur ayant influencé l'assiduité aux rencontres est le fait que les clients soient en couple ou non. En effet, lorsqu'un client débute une relation

amoureuse, habituellement, il se présente aux rencontres d'une manière moins régulière, à tout le moins, durant le temps où la relation se porte bien. Il se présente ensuite plus assidûment au suivi lorsque des aspects négatifs dans la relation resurgissent.

La précarité financière est également un facteur influençant la continuité du processus thérapeutique. Même si le CSSS est en mesure de donner des billets de métro pour assister aux rencontres, il arrive qu'un jeune, qui n'a pas de billet sur lui, appelle pour dire qu'il n'a pas l'argent nécessaire pour se rendre à la rencontre.

En se penchant sur l'âge des clients, il est difficile, à la lumière des 22 clients rencontrés, de tirer des hypothèses mettant en lien l'âge des clients et la continuité du processus thérapeutique. En effet, l'auteure de cet essai a rencontré des jeunes âgés de 16 à 25 ans et à toutes les tranches d'âges, certains se sont présentés d'une manière plus continue que d'autres, sans qu'une tendance générale, à savoir si les clients plus âgés ou plus jeunes se présentent d'une manière plus continue, ne puisse être tirée. Il en est de même en ce qui concerne le sexe des clients selon ce que l'auteure a observé avec sa clientèle. Au cours des rencontres qui ont eu lieu dans le cadre de son internat, il n'y a pas de tendance générale qui s'est dégagée voulant que les hommes ou les femmes se présentent d'une manière plus continue.

En ce qui concerne le milieu d'origine, deux des clients rencontrés par l'interne en psychologie sont nés ailleurs qu'au Canada. Ces deux clients ne sont venus qu'à une rencontre. Pour un de ces clients, le français était sa troisième langue. La

rencontre s'est donc déroulée en anglais et en français et il est fort possible que cela ait complexifié le développement du lien de confiance. De plus, il est clair que le bagage culturel et les schèmes de référence des clients sont différents que ceux du psychologue, ce qui peut également rendre plus difficile ou plus long le développement de la relation de confiance.

Au sujet de la consommation de drogue, trois clients étaient des utilisateurs de drogues injectables (udi). Ces clients sont venus à 6, 8 et 12 rencontres. L'auteure de cet essai a pu constater que, lorsque la consommation prenait une place plus importante dans la vie du jeune, ceux-ci venaient d'une manière plus discontinue aux rencontres. En effet, la place que peut occuper les SPA tant au niveau physique que psychologique peut monopoliser beaucoup d'énergie, ce qui rend difficile l'implication dans un processus psychologique. De plus, il est arrivé que des clients se présentent aux rencontres encore sous l'influence de l'héroïne, ce qui faisait en sorte qu'ils étaient beaucoup moins connectés à leur vécu émotionnel, rendant plus difficile le passage de la précontemplation à la contemplation. De plus, pour la cliente qui s'est présentée à douze rencontres de manière discontinue, la thérapeute a constaté, après la fin du suivi, que la thérapie était mal ajustée au stade de changement de la cliente. En effet, l'interne en psychologie questionnait sa cliente selon un cadre davantage analytique, ce qui la maintenait dans la compréhension de sa problématique, alors que la jeune avait probablement besoin d'outils plus concrets afin de pouvoir cheminer vers l'action. En regard de ces trois clients udi, il en ressort qu'ils se sont tout de même engagés à un certain niveau dans le processus thérapeutique. Cela amène à penser que la santé psychologique peut être

passablement hypothéquée pour que les clients en viennent à s'injecter, et que le niveau de souffrance que cela amène, malgré le fait que la consommation monopolise beaucoup d'énergie, incite les clients à aller se chercher de l'aide. Il en va de même pour les autres sortes de SPA.

En ce qui concerne les sources de revenu, il est également difficile de faire un lien entre la continuité du processus thérapeutique et le fait qu'un client ait un emploi, bénéficie de l'aide sociale ou reçoive l'aide sociale tout en ayant un travail en vue d'une réinsertion sociale. Nous aurions été portés à croire qu'un client ayant un emploi soit en meilleure mesure de se présenter d'une manière plus continue au suivi vu la stabilité requise pour conserver un travail. Toutefois, même s'il peut en être le cas, la multiplication de divers facteurs outre le fait d'être sans emploi rend difficile l'observation de liens. Une constatation peut tout de même être portée en ce qui concerne les clients qui se prostituent. Au cours de son année d'internat, l'auteure a rencontré 3 clients qui se prostituaient. Le premier client n'est venu qu'à deux rencontres, le second à six d'une manière très discontinue et la troisième n'est venue qu'à une rencontre. Il est possible qu'il soit plus difficile de s'investir dans un processus thérapeutique pour les clients qui se prostituent. Il semble que les liens d'attachement des prostitués soient plus ardues à développer, ces trois clients ayant eu des liens d'attachement complexes et douloureux avec leur famille, rendant le développement du lien de confiance en thérapie plus compliqué.

Au sujet des relations familiales, il est, encore une fois, difficile de tirer des constatations générales mettant en lien la qualité des liens familiaux et la continuité

du processus thérapeutique. Certains clients, qui avaient des liens familiaux soutenant, sont venus aux rencontres d'une manière discontinue, alors que d'autres clients ayant des liens familiaux très conflictuels se sont présentés d'une manière continue et à plus long terme. Il semble encore que la complexité des tableaux cliniques retrouvés chez ces clients amène la difficulté à interpréter isolément les facteurs pouvant expliquer la continuité/discontinuité du processus thérapeutique.

Certains facteurs, qui ont été abordés au chapitre 1, amènent tout de même des liens entre les relations familiales et l'assiduité au processus thérapeutique, ce qui pourrait représenter des hypothèses de travail intéressantes. Un de ces facteurs constitue l'espace potentiel d'ancrage qu'ont connu ces jeunes. Une personne ayant vécu dans une multitude de familles d'accueil pourra éprouver davantage de difficultés à s'investir dans une relation continue. Les expériences antérieures des jeunes de la rue, particulièrement les expériences familiales, constituent un autre facteur aidant à comprendre la qualité des liens qu'ils peuvent tisser. Ainsi, une personne ayant vécu diverses expériences traumatisantes (abus, violence, deuil, etc.) verra son imaginaire des représentations relationnelles intériorisé en partie basé sur ces expériences. Cela influence donc les liens affectifs se développant subséquemment, conduisant à l'établissement de relations insatisfaisantes, instables, frustrantes ou dangereuses, selon les relations qu'ils ont vécu dans leur famille. De plus, comme Poirier (1996) le mentionne, le lourd vécu relationnel des jeunes adultes itinérants fait en sorte qu'il est difficile pour eux de s'investir dans un lien et de faire confiance à autrui, ce qui complexifie la relation d'aide.

Au sujet de l'état de santé mentale des jeunes de la rue rencontrés, il semble que d'une manière générale, ces jeunes sont hypothéqués. En effet, la plupart ont un ou deux diagnostics. Il apparaît que plus l'état de santé mentale est affecté, plus le développement du lien de confiance ainsi que la stabilité (ou instabilité) du lien thérapeutique sont affectés.

Un regard général sur les divers facteurs influençant la continuité/discontinuité du processus thérapeutique chez les jeunes de la rue amène à constater qu'il est difficile de tirer des conclusions mettant en lien chacun des facteurs explorés et la continuité du suivi. En effet, vu la complexité des tableaux cliniques de chacun de ces jeunes, c'est-à-dire la concomitance de personnalités complexes, d'abus de SPA, les difficultés financières, les relations familiales conflictuelles, l'absence de logement fixe, etc., il est difficile de faire ressortir des généralités pour ces facteurs pris individuellement puisqu'ils sont grandement en interaction les uns avec les autres. Toutefois, il semble que l'addition de facteurs fragilisant ces jeunes fait en sorte qu'il leur est plus difficile de s'engager dans un processus thérapeutique et d'amener des changements dans leur vie en passant à l'action. De manière générale, les mécanismes de défense des jeunes plus hypothéqués les maintiennent davantage dans des stades moins avancés du processus de changement.

Un suivi de cette recherche pourrait tenter de faire ressortir que l'addition de facteurs fragilisant ces jeunes rend l'engagement dans le processus thérapeutique plus difficile. Une recherche plus systématique pourrait prendre place en comparant l'assiduité et la motivation au suivi des jeunes de la rue ayant plusieurs facteurs

fragilisant à des jeunes en ayant moins. Toutefois, compte tenu l'environnement dans lequel les jeunes vivent, nous pourrions questionner le recours à un type de recherche expérimentale. Peut-être en sommes-nous réduit à devoir utiliser davantage des études cliniques?

Il arrive qu'un jeune très hypothéqué puisse s'investir de manière inattendue dans la thérapie. Prenons l'exemple d'un client consommant quotidiennement des drogues injectables, d'autres SPA et de l'alcool, dormant régulièrement dans la rue et dans des ressources d'hébergement, ayant un secondaire 2 ou 3, faisant de la prison à l'occasion pour ses comportements délinquants et n'ayant plus aucun lien avec sa famille, qui s'est, malgré tout, présenté à huit rencontres d'une manière plutôt continue. Cet exemple montre la force de la résilience malgré les nombreux facteurs rendant plus difficile la création d'un lien d'attachement avec cette clientèle.

Comparaison des trois clients étudiés

Revenons maintenant aux trois études de cas clinique selon l'éclairage des stades de changement de Prochaska et Diclemente. Pour rafraîchir la mémoire du lecteur, résumons brièvement où se situe chacun de ces clients dans les stades de changement au moment du suivi. Nathalie, la première cliente abordée qui a été rencontrée à trois reprises, s'est située dans la précontemplation et la contemplation.

Marie-Pierre, pour sa part, a été rencontrée 8 fois et elle s'est présentée au suivi d'une manière discontinue. Au début des rencontres, il nous semble que Marie-Pierre se situait au stade de la contemplation. Elle a ensuite reculé à la précontemplation, pour ensuite remonter la spirale de changement en retournant à la contemplation, puis à la préparation et finalement parvenir au stade de l'action.

Le troisième client illustré, Steve, a été rencontré à 25 reprises d'une manière continue. En fonction des diverses problématiques qui ont été abordées avec lui, le client se situait à des stades de changement différents. Au sujet de ses problèmes interpersonnels, il est passé graduellement de la précontemplation à l'action dans la relation thérapeutique. Concernant son rythme de vie, Steve se situait, au début du suivi dans l'action, puis a reculé à la précontemplation, pour s'acheminer à la contemplation, à la préparation et retourner à la contemplation vers la fin du suivi. À l'égard du tabagisme, Steve est passé de la contemplation à l'action, pour rechuter à la contemplation. Finalement, en ce qui concerne sa consommation de SPA, Steve est demeuré au stade du maintien durant les sept mois de suivi.

Si l'on conçoit le modèle de changement de Prochaska et Diclemente comme ayant la forme d'une spirale où la précontemplation se situe au bas et l'intégration se situe en haut de la spirale, l'on peut dire que Nathalie se situe vers le bas de la spirale, Marie-Pierre se situe, en moyenne, un peu plus haut et Steve est davantage avancé dans la spirale de changement. De plus, le suivi avec Marie-Pierre permet de constater que lorsqu'elle se situe dans la précontemplation et la contemplation, soit dans le bas de la spirale, elle vient de manière plus discontinue au suivi que

lorsqu'elle se situe dans la préparation et dans l'action. Il est donc possible de voir une tendance chez ces trois clients, voulant que plus une personne est avancée dans la spirale de changement, plus elle se présente de manière continue au suivi. Nous sommes toutefois conscients que trois études de cas clinique ne nous permettent pas spécifier l'existence d'un lien.

Toutefois, de par la nature et la complexité des dynamiques de personnalité retrouvées dans la clientèle des jeunes de la rue, il n'y a pas seulement le cheminement dans les stades de Prochaska et Diclemente qui traduit la continuité du processus thérapeutique. Par exemple, de par les carences affectives qu'a vécues Steve, il présente un grand besoin d'une présence réparatrice sur une longue période avant d'être en mesure de passer à l'action dans sa vie de tous les jours. Sa présence hebdomadaire en thérapie peut donc également être expliquée par ce besoin d'une présence réparatrice qui y est nourri.

Comme le modèle de Prochaska et Diclemente n'est pas linéaire, ce qui a pu être vérifié auprès de la clientèle particulièrement carencée que sont les jeunes de la rue, la rechute est donc la règle et non l'exception. Nous constatons, à ce sujet, que les personnes qui rechutent remontent plus rapidement la spirale de changement que lors de leur première montée. En effet, après avoir déjà franchi certains stades de changement, les personnes intègrent davantage les processus de changement qu'ils doivent utiliser à un stade donné, ce qui les aident à cheminer plus rapidement.

De plus, nous pouvons penser que le lien entre l'assiduité au suivi thérapeutique et les stades de changement de Prochaska et Diclemente sont deux processus très interreliés. Par exemple, lorsque Marie-Pierre avance dans les stades de changement, nous pouvons croire que cela l'amène à se présenter d'une manière plus régulière au suivi. Aussi, nous pouvons penser que si la cliente vient au suivi d'une manière continue, cela favorise son cheminement dans les stades de changement.

Il est important de rappeler que nous avons utilisé le modèle de Prochaska et Diclemente dans des conditions particulièrement restreintes, et ce, pour deux raisons. Premièrement, étant donné les limites posées par le comité d'éthique de la recherche de l'établissement. La deuxième raison découle de la première, soit le choix d'utiliser le modèle après coup. Cette deuxième contrainte entraîne des limites méthodologiques importantes en ce qui a trait à l'assignation des stades de changement. Nous sommes conscients qu'au-delà de ces contraintes, les recherches plus récentes ont conduit à des critiques, à des transformations et à des adaptations de ce modèle (Littell & Girvin, 2002; Rosen, 2000, etc.), ce qui limite la portée de cette recherche.

Étant donné que cette étude exploratoire ne comporte que trois clients, il est difficile de dire si un lien existe entre les stades de changement de Prochaska et Diclemente et l'assiduité au processus thérapeutique. De plus, les dynamiques de personnalité complexes, de même que les problématiques multiples des clients complexifient l'analyse. Plusieurs éléments, dont quelques-uns vous ont été présentés

en début de ce chapitre, sont à considérer pour comprendre la continuité du processus thérapeutique.

À partir des constatations effectuées, le modèle de Prochaska et Diclemente aurait intérêt à pouvoir être utilisé avec les jeunes de la rue. De plus, il serait intéressant que ce modèle soit davantage documenté par les intervenants. En considérant que, en règle générale, plus une personne chemine dans la spirale de changement, plus elle se présente au suivi de manière continue, les intervenants auraient avantage à orienter leurs interventions en fonction du stade où se situe le client. Pour ce faire, les intervenants pourraient aider les clients à appliquer les processus de changement facilitant le passage d'un stade à un autre.

De plus, au niveau de la recherche, deux pistes inséparables et complémentaires devraient être poursuivies :

- 1- Tel que mentionné plus haut, une étude plus systématique sur les facteurs associés à la motivation au changement chez les jeunes de la rue;
- 2- Une étude clinique auprès de quelques clients en partant du modèle de changement de Prochaska et Diclemente (plutôt que d'utiliser le modèle dans l'analyse après coup).

Conclusion

Dans cette étude exploratoire, l'auteure a essayé de mieux comprendre la réalité des jeunes de la rue. De manière plus spécifique, elle a tenté de comprendre les facteurs associés à la présence ou l'absence au processus thérapeutique. Dans cette perspective, l'auteure a décidé, une fois le processus thérapeutique terminé, d'utiliser le modèle de changement de Prochaska et Diclemente afin de donner un éclairage sur la continuité/discontinuité du suivi thérapeutique.

Pour ce faire, nous présentons d'abord des informations générales sur les jeunes de la rue. Le chapitre deux fournit des informations sur les organismes offrant des services à cette clientèle. Le chapitre trois précise le contexte du CSSS des Faubourgs, endroit où s'est déroulé l'internat de l'auteure, de même que des informations générales sur les clients qui y ont été rencontrés. Le chapitre quatre vise à renseigner le lecteur sur le modèle de changement de Prochaska et Diclemente afin d'utiliser ce modèle au chapitre cinq comme cadre d'analyse des trois études de cas proposées. Finalement, le chapitre six constitue la discussion où divers facteurs pouvant influencer l'assiduité au processus thérapeutique sont amenés, de même que la comparaison des trois études de cas clinique à la lumière du modèle de changement de Prochaska et Diclemente.

À la lumière de cet essai, et en dépit des limites du travail et du contexte, il est possible de penser qu'une relation existe entre le stade de changement de Prochaska et Diclemente où se situe le client et l'assiduité au processus thérapeutique. Cette

hypothèse serait à approfondir dans le cadre d'une recherche plus systématique. Chez nos trois clients étudiés, nous remarquons que plus une personne a progressé dans la spirale de changement, plus elle se présente au suivi d'une manière continue. Toutefois, il ne s'agit pas d'un modèle linéaire, particulièrement lorsque l'on considère la complexité et la fragilité des dynamiques de personnalité retrouvées dans la clientèle, de même que la concomitance de leurs problématiques diversifiées. Ainsi, plusieurs facteurs doivent être considérés afin de mieux comprendre l'engagement des jeunes de la rue dans le processus thérapeutique.

Cette recherche exploratoire nous semble préliminaire à un travail de recherche plus approfondi où la continuité du processus thérapeutique pourrait être étudiée de manière plus systématique en considérant le modèle de Prochaska et Diclemente tout au long de la thérapie. Pour ce faire, il faudrait mettre à jour les données liées au modèle et utiliser un mode d'assignation aux divers stades plus pointu. À ce titre, il serait intéressant de se servir des grilles d'analyse associées à ce modèle en vue d'assigner plus justement les divers stades de changement.

De plus, puisque la continuité du processus thérapeutique nous apparaît comme étant en lien avec le modèle de changement de Prochaska et Diclemente, il nous semble que les intervenants pourraient se servir de ce modèle afin de faire correspondre leurs interventions au processus de changement approprié en vue d'aider la clientèle à progresser dans les stades de changement.

Références

- Aubin, D. (2000). Le corps, lieu de repères pour les jeunes de la rue ou la quête d'un territoire d'appartenance. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 90-105.
- Beauchemin, S. (1996). Nommer et comprendre l'itinérance des jeunes : Une recension des écrits, *Cahiers de recherche sociologique*, 27, 99-125.
- Bellot, C. (2001). *Le monde social de la rue : Expérience des jeunes et pratiques d'intervention à Montréal*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Bouchard, C. (1996). Permettre la citoyenneté pour prévenir l'exclusion. *Cahier de recherche sociologique*, 27, 9-16.
- Cormier, D., & Rochon, J.-P. (1988). L'errance, la toxicomanie et l'estime de soi chez les jeunes, *Revue québécoise de psychologie*, 9(1), 111-122.
- Côté, M.-M. (1989). Fuite et stratégies de survie des jeunes de la rue à Montréal. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 150-157.
- Direction de santé publique de Montréal-Centre. (2002, septembre). Les jeunes de la rue : En marge des services, au centre de nos préoccupations. *Prévention en pratique médicale*. Récupéré de <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfppm/ppmsept02-1.pdf>
- Dufour, R., & avec la collaboration de Brigitte Garneau (2000). Trois vilains petits canards : Étude sur la filiation de parenté et la désaffiliation sociale. Dans D. Laberge (Éds), *L'errance urbaine*. Sainte-Foy : Les Éditions MultiMondes.
- Ennew, J. (1994). Parentless friends : A cross-cultural examination of networks among street children and street youth. Dans F. Nestmann & K. Hurrelmann (Éds), *Social networks and social support in childhood and adolescence. Prevention and intervention in childhood and adolescence*, 16 (pp.409-426). Oxford, England : Walter De Gruyter.
- Ensign, J. (2004, Août). Quality of health care: the views of homeless youth. *Health Services Research*, Article 6137528. Récupéré le 11 septembre 2006 de http://findarticles.com/p/articles/mi_m4149/is_4_39/ai_n6137528/print
- Fortier, J. & Roy, S. (1996). Les jeunes de la rue et l'intervention : quelques repères théoriques. *Cahier de recherche sociologique*, 27, 127-152.
- Fournier, L., & Mercier, C. (Éds). (1996). *Sans domicile fixe : Au-delà du stéréotype*. Montréal : Édition du Méridien.
- Gilbert, S. (2001). Décrypter l'itinérance chez les jeunes adultes. *Acfas*. Récupéré le 25 juillet 2005 de www.acfas.ca/concours/eureka01/gilbert.html

- Karabanow, J. & Clement, P. (2004, Printemps). Interventions With Street Youth : A Commentary on the Practice-Based Research Literature. *Brief treatment and crisis intervention*, 4(1), 93-108.
- Kidd, S., A. (2003). Street Youth : Coping and Intervention. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(4), 235-261.
- Kipke, M.D., Unger, J.B., O'Connor, S., Palmer, R.F., & LaFrance, S.R. (1997, automne). Street youth, their peer group affiliation and differences according to residential status, subsistence patterns, and use of services. *Adolescence*, 32(127), ProQuest Psychology Journals, 655-669.
- Laberge, D., Morin, D., Roy, S., & Rozier, M. (2000). Capacité d'agir sur sa vie et inflexion des lignes biographiques : Le point de vue des femmes itinérantes. *Santé mentale au Québec*, 25, 21-39.
- Laberge, D., & et Roy, S. (Éds). (1994). Marginalité et exclusion sociale. *Cahiers de recherche sociologique*, 22.
- Lamontagne, Y., Garceau-Durand, Y., Blais, S., Élie, R. & avec la collaboration de Lasvergnas, I. (1987). *La jeunesse québécoise et le phénomène des sans-abris*. Québec : Presse de l'Université du Québec-Québec science éditeur.
- Lapointe, D. (2002, février). Les jeunes de la rue. *L'actualité médicale*. Récupéré de http://www.amlfc.com/Articles/2002_02_02_am.html
- Littell, J. H., & Heather, G. (2002). Stages of Change: A Critique [version électronique]. *Behavior Modification*, 26(2), 223-273.
- Lussier, V., & et Poirier, M. (2000). La vie affective des jeunes adultes itinérants : de la rupture à la hantise des liens. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 67-89.
- Maslow, A.H. (1972). Vers une psychologie de l'être (Traduit et adapté de l'anglais par Mesrie-Hadesque- Toward a psychology of being). Paris : Fayard.
- Panter-Brick, C. (2002). Street children, human rights, and public health : a critique and future directions. *Annual review of anthropology*, 31, 147-171.
- Parazelli, M. (1996), Les pratiques de socialisation marginalisée des jeunes de la rue dans l'espace urbain montréalais, *Cahiers de recherche sociologique*, 27, 47-61.
- Parazelli, M. (1997). *Pratiques de socialisation marginalisée et espace urbain : Le cas des jeunes de la rue à Montréal*. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Montréal.

- Parazelli, M. (2000). L'appropriation de l'espace et les jeunes de la rue : un enjeu identitaire. Dans D. Laberge (Éds), *L'errance urbaine* (pp.193-220). Sainte-Foy : Éditions Multi Monde.
- Parazelli, M. (2002). *La Rue Attractive : Parcours et pratiques identitaires des jeunes de la rue*. Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Poirier, M. (1996). La relation d'aide avec les jeunes adultes itinérants. *Cahier de recherche sociologique*, 27, 87-97.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1994). *The transtheoretical approach : Crossing boundaries of therapy*. Floride : Krieger Publishing Company.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., & DiClemente, C.C. (1995). *Changing for good : A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York : Avon Books.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (1998, Décembre). *Le « Défi de l'accès » pour les jeunes de la rue. Avis du directeur de la santé publique sur la mortalité chez les jeunes de la rue à Montréal*. Direction de la santé publique. Bibliothèque nationale du Québec.
- Rew, L., Chambers, K.B., & Kulkarni, S. (2002). Planning a sexual health promotion intervention with homeless adolescents. *Nursing Research*, 51(3), 168-174.
- Rosen, C. S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology*, 19(6), 593-604.
- Stanton, A., Kennedy, M., Spingarn, R., & Rotheram-Borus, M.J. (2000). Developing services for substance-abusing HIV-positive youth with mental health disorders. *The journal of behavioral health services & research*, 27(4), 380-389.
- Taylor, M., Lydon, J.E., Bougie, E., & Johannsen, K. (2004, Janvier). "Street Kids": Towards an Understanding of Their Motivational Context. *Canadian Journal of Behavioural Science*, Article 9389179. Récupéré le 11 septembre 2006 de http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3717/is_200401/ai_n9389179/print
- Trudel, S. (2001). Sans domicile fixe : un risque pour la vie?. *Vis-à-vie*, 11(1). Récupéré le 28 décembre 2004 de <http://www.cam.org/~aqs/docs/vav/v11/v11n1-08.shtml>
- Tyler, F.B., Tyler, S.L., Tommasello, A. & Connolly, M.R. (1992). Huckleberry Finn and street youth everywhere : an approach to primary prevention. Dans G.W. Albee, L.A. Bond & T.V. Cook Monsey (Éds), *Improving children's lives : global perspectives on prevention. Primary prevention of psychopathology* (Vol. 14), (pp. 200-212). Londres : Sage Publications.

Velicer, W.F., Norman, G. J., Fava, J. L., & Prochaska, J.O. (1999). Testing 40 predictions from the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors*, 24, 455-469.

Velicer, W.F., & Prochaska, J.O. (1999). An expert system intervention for smoking cessation. *Patient Education and Counseling*, 36, 119-129.